Nr. 48. 25. listopada 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Wyjątkowa rocznica.

Rozpoczęcie 41. roku wykładów anatomji na Wydziale Lekarskim U. J. przez Prof. Dr. Kazimierza Kostaneckiego przemieniło się w niezwykłą uroczystość Wydziału, Zakładu Anatomji Opisowej i młodzieży medycznej.

Prof. Kostanecki unika wszelkich jubileuszów i uroczystości, związanych z Jego osobą. Trudno było jednak przejść do porządku dziennego nad tak niecodziennem wydarzeniem, jak wyżej wspomniane. Respektując jednak wrażliwość Prof. Kostaneckiego, ograniczył się Wydział Lekarski U. J. do czysto wewnętrznej, wydziałowej uroczystości.



W dniu 20. października b. r. — t. j. w dniu, w którym przed 40 laty rozpoczął Prof. Kostanecki wykłady anatomji na Wydziale Lekarskim, — w zielenią przez młodzież medyczną przybranej i przez nią przepełnionej sali Theatrii Anatomici, zebrał się *in corpore* Wydział i pracownicy Zakładu. Jedyną osobą z poza Wydziału był pierwszy ongiś asystent Prof. Kostaneckiego, obecnie profesor zoologji, Dr. M. Siedlecki.

Jaki miała charakter ta uroczystość, jaki był nastrój, czem ona była dla obecnych, najlepiej odzwierciedla treść przemówień skierowanych do Prof. Kostaneckiego i Jego na nie odpowiedź. Wśród długo niemilknących oklasków wprowadził Dziekan Wydz. Lek. Prof. Dr. J. Olbrycht, — jak przed 40 laty ówczesny dziekan prof. Rosner (ojciec) — Profesora Kostaneckiego do sali wykładowej i drżącym ze wzruszenia głosem zwrócił się do Niego w następujących słowach:

„Czcigodny Panie Profesorze! Mija w dniu dzisiejszym 40 lat od chwili, gdy 20 października 1894, w tej tu sali, obejmując Katedrę Anatomji Opisowej na naszym wydziale, wygłosiłeś Swój pierwszy, wstępny wykład.

Objąłeś katedrę po wielkim anatomie Teichmannie, objąłeś ją w chwili przełomu Twej gałęzi nauk, a także w chwili dziś jeszcze aktualnego dylematu, że — jak się wówczas wyraziłeś — z jednej strony obowiązkiem naszym wobec społeczeństwa jest wykształcenie zastępu dzielnych lekarzy praktycznych, z drugiej zaś strony nauka nie pozwala nam ani na chwilę zapominać, że dopóki Uniwersytet Uniwersytetem nie wolno nam obniżać wykładów naszych do poziomu szkół zawodowych, że obowiązkiem naszym jest stać na straży postępu naukowego.

Nic zatem dziwnego, że zaraz na początku Swego wykładu wstępnego wygłosiłeś zdanie, iż czujesz cały ciężar obowiązków, jaki spadł na Twe barki i że z całem przeświadczeniem i z całą świadomością ich doniosłości przystępujesz do ich spełnienia. Następnie w wykładzie Swym rzuciłeś szeroko zakrojony zarys rozwoju anatomji i jej nauczania, zapowiedziałeś reformy, jakie chcesz wprowadzić w nauczaniu Twego przedmiotu, a na zakończenie wyraziłeś nadzieję, że może po jakimś czasie uda Ci się wszystkich przekonać o korzyściach tej reformy i że program Twój nie pozostanie tylko programem.

I czas ten dzisiaj nadszedł. Przez 40 lat Wydział Lekarski był świadkiem Twej znakomitej działalności na katedrze, w komisjach wydziałowych, w senacie akademickim, w instytucjach i towarzystwach naukowych, naszych i zagranicznych, na polu społecznem i na tylu, tylu innych polach, dzięki której to tak wszechstronnej a znakomitej działalności zapisałeś się wielkiemi głoskami w nauce i społeczeństwie. Wszelkie próby uczczenia Twych zasług na tak rozlicznych polach odpowiednio szeroko zakrojoną uroczystością spełzły dotąd na niczem, natrafiając na Twój zdecydowany sprzeciw. Pozwól chociaż w skromnych ramach wydziałowych dzisiaj, po 40 latach Twej tak znakomitej i owocnej działalności złożyć Ci w imieniu Rady Wydziałowej hołd dla Twych zasług, położonych dla Nauki i Wydziału oraz pozwól przyjąć zapewnienie, że Wydział Lekarski Uniw. Jagiell. zachowa w chlubnej pamięci Twe imię i nie przestanie nigdy się szczycić, że posiada Cię w gronie swych profesorów".

Następnie najstarszy uczeń Profesora, związany z Jego osobą licznemi wspomnieniami wspólnej w Zakładzie i Wydziale pracy, Prof. Dr. E. Godlewski, — który podwaliny pod dzisiejszy Zakład Embrjologiczno-biologiczny kładł właśnie w Zakładzie Anatomji Opisowej, — przemówił w słowach pełnych prawdziwego, szczerego uczucia przywiązania ucznia do swego nauczyciela, tak serdecznych, tak dobitnie uwypuklających sylwetkę Prof. Kostaneckiego, że należy je przytoczyć w całości.

„Proszę darować, Czcigodny Panie Rektorze, drogi Profesorze mój, że zaczynam od osobistego wspomnienia. Dziś, lat temu 40, jako student 2. roku medycyny, w tym oto budynku i w tej sali słuchałem wykładu inauguracyjnego Pana Profesora. Cały ówczesny Wydział Lekarski przybył tu, żeby poznać świeżo zamianowanego, najmłodszego z kolegjum profesora, nowego reprezentanta Katedry Anatomji. W wykładzie, którym zdobył sobie Pan Profesor w pierwszej godzinie całe audytorjum, a zarazem zjednał sobie kolegjum profesorskie, powiedział Pan Profesor te słowa: „Rozumiem, że ta chwila zarówno ważna jest dla mnie, jakoteż i dla Panów; a jeżeli dozwolonem mi będzie wykładać z tego miejsca przez dłuższy szereg lat, chwila ta będzie ważna może dla całego przyszłego pokolenia lekarzy". Tak jest, to była chwila rozstrzygająca o losach anatomji w naszej Starej Jagiellońskiej Szkole, a dziś, gdy minęło od tego momentu lat 40, — z radością i dumą myślą Twoi, niektórzy posiwiali już uczniowie o tem co ich ukochany Profesor przez ten czas zdziałał, jaką chlubą stał się dla naszego Uniwersytetu.

W statucie naszego Uniwersytetu, w dziale o zadaniach profesorów jest powiedziane: „Pierwszym obowiązkiem profesora jest twórcza praca". Przez cały czas swojej działalności miał ją Pan Profesor, jako pierwszy cel swego życia. Prace z zakresu zapłodnienia, badania nad sztuczną partenogenezą, prace z zakresu embrjologji szczegółowej, jak np. nad przetokami oskrzelowemi, prace morfologiczne z zakresu anatomji nad otrzewną, nad jelitem ślepem, są jako trwałe dorobki naukowe uznane w literaturze wszechświatowej. Rysunki np. z przebiegu zapłodnienia reprodukowano wielokrotnie w podręcznikach embrjologji w różnych językach świata. Dla nas, uczniów Twoich, Panie Profesorze, wielką

zawsze radością było widzieć, zarówno w literaturze naukowej, jak i w bezpośredniem zetknięciu z kolegami zagranicznymi, to wielkie uznanie, jakie Pan Profesor zdobył przez naukową swą działalność dla Polskiej Nauki i dla swego Imienia.

Ale zasługi naukowe osobistej pracy badaczy nie wyczerpują całego dorobku w tej dziedzinie. Wielu z tych, których Pan Profesor wprowadzał do nauki, snuli częścią dalej tę nić, która w pracach Pana Profesora się zaznaczała, inni wyposażeni w metody, które z Jego pomocą zdobyli, przeszli na inne tereny wiedzy, a z prac ich wynikły nowe dla anatomji i nauk lekarskich zdobycze. Szereg nas, uczniów Pana Profesora, zajmuje katedry w Jagiellońskiej Szkole, w działach nauki najbliższych tej gałęzi, której Pan Profesor życie swe poświęcił. Inni, którzy też w tym zakładzie pierwsze stawiali kroki, pracowali potem w innych dalszych gałęziach nauk lekarskich, czy tu, czy w innych Wszechnicach Polskich.

Wprowadzając nas w świat Nauki, nietylko dla Niej Pan Profesor pracował, zwiększając w Polsce liczbę badaczy. Iluż nam przez to wprowadzenie do pracy naukowej zapewnił Pan Profesor wspaniałe chwile szczęścia, jasne momenty życia, płynące z poczucia, że do gmachu wiedzy, którą buduje ludzkość, udało się dołożyć dorobkiem swego życia i pracy choć niewielką cząstkę własną, która się przyczynia do posunięcia naprzód wiedzy. A w takich momentach, niezapomnianych dla badacza, każdy, kto ma serce zdolne do uczuć wdzięczności, zwraca myśl ku temu, który był przewodnikiem w czasie, gdy w tę dziedzinę wchodził, gdy mu życzliwa pomoc Pana Profesora otwierała drogę do najwspanialszej dla człowieka pracy życia — pracy poznania prawdy.

Poza działalnością laboratoryjną rozwijał Pan Profesor z niestrudzonym stale zapałem pracę dydaktyczną, jako profesor anatomji. Czterdzieści roczników lekarzy zawdzięcza Tobie, Panie Profesorze, kierunek i pomoc w zdobyciu wiedzy anatomicznej. Wykładał Pan, Panie Profesorze, na pierwszych latach studjum lekarskiego tak, że nietylko w wykładzie uzyskiwaliśmy wskazówki, jak się uczyć anatomji, ale wprost nieraz z samych wykładów można było poznać problematy tej gałęzi nauki i przyswoić sobie ich rozwiązanie.

Wykłady Pana Profesora przy wysokim poziomie naukowym cechowała zawsze wytworna forma, a przytem prostota i przystępność, a gdy się uświadomi sobie, że te wykłady wygłaszał uczony tej miary, prezes najwyższego Naukowego Instytutu, Akademji Umiejętności, to przypominają się słowa przyjaciela lat młodych Pana Profesora, wielkiego poety Asnyka z jego utworu do „Przodowników wiedzy“:

„Kiedy macie wieść za sobą tłumy,
Których myśli biegły dotąd nisko,
Nie szukajcie w tem dla siebie dumy,
Że umiecie kroczyć przez urwisko“.

Toteż te wykłady do dziś przez młodzież tak lubione, zostawiają jej zawsze piękne wspomnienia, których życie nie zaciera. Gdy w pewnym okresie mego życia wypadło mi podróżować po całej Polsce i spotykać się na terenie od Wilna po Karpaty z uczniami Pana Profesora, zawsze w rozmowach i zapytaniach wypływały wspomnienia o tych wykładach.

Ta praca dydaktyczna, zarówno w audytorjum, jak w sali sekcyjnej, nawiązywała i nawiązuje ścisłe, dobre stosunki życzliwości między nami, Twoimi uczniami, a ich Mistrzem. Były to nietylko węzły, które stwarza szacunek w sercu ucznia dla profesora, ale wprost ukochanie tego swego kierownika, który w pierwszych krokach na nowym terenie życia był ich przewodnikiem, do którego zwracali się zawsze z pełnem zaufaniem życiowem. I tem tłumaczy się ten wielki wpływ, jaki Pan Profesor miał na młodzież. Studenci Pana Profesora wiedzą, że wymaganiom nieraz dość wysokim muszą sprostać, ale czują, że ten, kto wymaga, sam ma niemniej wysokie wymagania od siebie, a wiedzą też, jak wiele, prócz wymagań, ma życzliwości dla nich.

A teraz niech mi będzie wolno podnieść jedną niezmiernej wagi właściwość Pana Profesora: Przez cały okres 40 lat swojej działalności nietylko jako profesor był Pan Profesor wzorem dla nas, ale i sam czuł się stale członkiem społeczności Uniwersyteckiej i do jej obowiązków przywiązywał niezmierną wagę. We wszystkich pracach kolegjalnych brał Pan Profesor zawsze najżywszy udział, czy jako profesor, czy jako dziekan naszego wydziału, czy przez 3 lata jako rektor w najcięższych dla Uniwersytetu czasach, w okresie wielkiej wojny. A pozatem w każdej trudnej, czy drażliwej sprawie rada Czcigodnego Pana Profesora tylu nam profesorom, w tylu ważnych sprawach istotnie dopomagała.

A wkońcu nadeszła sprawa obrony autonomji Uniwersytetu — tych praw, które były tak drogim dla Uniwersytetu skarbem, tradycją wieków uświęconym klejnotem. Bez względu na merytoryczny efekt zabiegów wszystkich wyższych Uczelni, mogą one sobie powiedzieć, że zrobiły wszystko, co było w ich mocy, by ratować swe prawa samorządu. To poczucie zawdzięczają Uniwersytety w znacznym stopniu także przemówieniom Pana, Panie Profesorze. Wezwany, jako ówczesny prezes Polskiej Akademji Umiejętności, obok rektora Kutrzeby, do wypowiedzenia swej opinji w tej tak ważnej dla Uniwersytetu sprawie, wypowiedział Pan Profesor w Komisji Oświatowej Sejmu i Senatu, mimo warunków bardzo trudnych, to co Mu dyktowało sumienie i głębokie przekonanie w sprawie praw Uniwersytetów i konieczności utrzymania ich samorządu.

Myśląc o tych bujnych, doniosłych plonach dotychczasowego życia Czcigodnego Pana Profesora, jako jeden z Jego najstarszych uczniów, długoletni asystent, a potem współpracownik w gronie nauczycielskiem, zrozumiałem dobrze, że ułatwieniem pracy życia była uczuciowa strona Jego ducha. Praca naukowa nagradza wynikami tak doniosłemi tych, którzy ją naprawdę kochają. Tak, Pan Profesor nietylko ją zawsze rozumiał, ale ją naprawdę umiłował, ona była Jego ukochaniem. Praca dla młodzieży, czarujący wpływ, który na nią Pan Profesor wywierał, ułatwiała Mu to, że ją naprawdę kochał, a tę życzliwość ona odczuwała. Wysoko społeczne stanowisko wobec Uniwersytetu, to poświęcanie tylu sił swoich dla jego dobra, było łatwiejsze, bo Pan Profesor zawsze tradycję wieków kochał, więc i ona do Niego zawsze gorąco przemawiała. Znałem pragnienia Pana Profesora w trosce o przyszłość Uniwersytetu, żeby i przyszłe pokolenia profesorów kochały Uniwersytet tak, jak dawniejsze jej generacje.

Dziś nie żegnamy Cię Panie Profesorze: w rocznicę 40-letnią Twego inauguracyjnego wykładu my mamy szczęście mieć Cię jako aktywnego profesora w naszem gronie. My przyszliśmy tu na wykład dzisiejszy, żeby podziękować Panu Profesorowi w imieniu Wydziału Lekarskiego za Twe przewodnictwo dla 40 roczników lekarzy rozsianych po całej Polsce, za Twą naukową działalność na chlubę Uniwersytetu i za Twoje ukochanie Jagiellońskiej Wszechnicy. Wszyscy też z głębi serca składamy Ci, Panie Profesorze kochany, życzenia jaknajdłuższej, najowocniejszej dalszej pracy między nami, a życzenia składamy z tą wiarą, że miłość dla nauki, ukochanie młodzieży i przywiązanie do tradycji stanowić muszą węzły, których nic za życia nie potrafi rozerwać“.

Przemówienie to zakończyły długo niemilknące brawa, w których odczuwało się potwierdzenie tego, co powiedział Prof. Godlewski. Skolei najstarszy obecnie asystent Zakładu, doc. dr. T. Rogalski, zwrócił się do Prof. Kostaneckiego jako Dyrektora Zakładu słowami, które charakteryzowały nastrój, jaki w Zakładzie tym panuje dzięki Jego kierownictwu.

„Czcigodny Panie Rektorze — Przeżywamy dzisiaj chwilę naprawdę osobliwą. Jeżeli jako łącznik między młodszemi a starszemi laty, jako podchorąży wśród oficerów, którzy najbliżej Cię otaczają, a tym szarym tłumem szeregowców i rekrutów pozwalam sobie głos zabrać, to nie po to, aby zasługi Twoje wymieniać. To podnieśli już moi przedmówcy. Wybacz Panie Rektorze, jeżeli słowa moje będą nieskładne. Mam jednak uczucie, że jestem jeszcze tym studentem, któremu przy końcu II. r. zaproponowałeś objęcie demonstratury. Byłem wtedy tak onieśmielony propozycją Twoją, że słowa uwięzły mi w gardle i nie podziękowałem Ci nawet za ten zaszczyt. I nic dziwnego; staliśmy naprzeciw siebie, Twoja wielkość, choć pełna prostoty i wdzięku i moja małość i niezaradność. Nie inaczej i dzisiaj nie czuję się pewnym, gdy mam zaszczyt przemawiać publicznie do Ciebie, Złotoustego.

Chciałbym jednak dać wyraz temu nastrojowi, jaki wytworzyłeś między Tobą a Twoimi pracownikami i młodzieżą medyczną. Patrzę na to codziennie przez długie lata, treść więc słów moich oparta jest na doświadczeniu. Nie przesadzę, jeżeli powiem, że w czepku rodzili się ci, którym dane jest pod Twoim Panie Rektorze kierunkiem rozpoczynać pracę na uniwersytecie. Tak, jak prof. Godlewski pamięta dosłownie zwroty z pierwszego przed 40 laty wykładu, tak każdy wynosi ze sobą niezatarte wrażenia, jakie odebrał dzięki Tobie przy nauce anatomji. Rok w rok ciśnie się młodzież starszych roczników na pierwszy Twój wykład, by odświeżyć przeżyte uprzednio wrażenia. I proste nasuwa się pytanie, dlaczego wykład ten stał się doroczną uroczystością młodzieży medycznej? Dlatego, Panie Rektorze, że potrafisz w sposób, Tobie tylko właściwy, wprowadzać najmłodsze roczniki w poważne studja przyrodnicze i zaasymilować nowych rekrutów w kadry studentów uniwersytetu. A to sprawa nie łatwa. Pewnie, że *magna pars*, to Twoja pełna prostoty i jasności myśli

wymowa, taki sposób ujęcia przedmiotu i taka zdolność dobrania się do surowych niewygimnastykowanych jeszcze umysłów, że potrafisz wprowadzić ich od początku w naukowy, ścisły tok myślenia. Ale niemniej przyczynia się do tego zapał Twój, taki sam dzisiaj, jak wtedy, kiedy ja byłem na I. roku medycyny, ten wdzięk niezwykły, jaki promieniuje z Twoich oczu, barwy głosu i każdego ruchu. Sprawiają one, że każdy, kto ma choć trochę wrażliwą duszę, choć trochę podatny mózg, urokowi temu ulega i staje się posłuszny Twoim niewypowiadanym rozkazom, że idzie drogą, jaką mu nie wskazując, wyznaczasz.

Wystarczy raz usłyszeć zwrot, jaki corocznie powtarzasz do tych, którzy mają wejść do prosektorjum, że „to są zwłoki ludzi biednych", wystarczy zobaczyć uśmiech, jakim przechodząc mimo, witasz dzieci służby zakładowej, lub wzrok, jakim pieścisz kwiatek zerwany w naszym ogródku, by zadrgało każde serce choć trochę wrażliwe na to, co piękne i szlachetne. Wystarczy obserwować Twoją codzienną pracę, by poznać, jak należy wypełniać swoje obowiązki. Wystarczy odebrać delikatnie przez Ciebie poznaczony na marginesie rękopis przedłożonej Ci do druku pracy, by nauczyć się dokładności obserwacji, ścisłości w pracy i krytycznego ujmowania każdego zjawiska. Ten Twój sposób odnoszenia się do każdego przejawu życiowego, nastrój, jaki wprowadzasz, mało mówiąc, a dużo robiąc, ustalił stosunek między gabinetem rektorskim a prosektorjum i Twoimi asystentami. Stosunek owianego czarem mistrza do nieśmiałego, a głęboko przywiązanego *discipulusa*.

W mowie Swojej, gdy jako nowo obrany Rektor Magnificus w r. akad. 1913 otwierałeś 550 rok istnienia naszej Wszechnicy, użyłeś między innemi tych słów:

„Jeśli z murów uniwersyteckich wyniesiecie prawdziwe zamiłowanie wiedzy, jeśli nauczycie się szerzej spoglądać na świat naukowy, zdobędziecie drogocenny zaiste skarb na całą przyszłość. Umiłowanie zagadnień naukowych przyniesie Wam w takich chwilach ukojenie, pokrzepienie i umocnienie na duchu, bo zbliżać Was będzie ku tym wielkim, świetlnym szlakom, po których duch ludzki dąży do poznania prawdy".

Za te słowa — drogowskazy, za to, że tu w zakładzie codziennem życiem i czynem dajesz nam ze Siebie przykład harmonijnego zespolenia głębokiej uczoności z piękną duszą, — niech Ci Bóg stokrotnie zapłaci".

Nastrój serdeczny i wzruszenie ogarniające wszystkich potęgowały się coraz więcej. Tak ludzie poważni, dawni uczniowie, jak i obecni młodzi, ukradkiem połykali łzy cisnące się do oczu. Imieniem starszej młodzieży medycznej dziękował Prof. Kostaneckiemu za Jego pracę nad młodzieżą prezes Bratniej Pomocy Medyków abs. Brzeski, imieniem obecnych uczniów słuchacz II. r. Bordziłowski, a słuchaczki zaścieliły stół sekcyjny koszami kwiatów, pod któremi zniknęły przygotowane do wykładu preparaty.

Prof. Kostanecki, — jak zawsze pełen wdzięku, prostoty i skromności, — zaznaczył, że przypominają się mu słowa Prof. Morawskiego, który powiedział, że w Krakowie każdy może spodziewać się dwóch rzeczy: śmierci i jubileuszu. Od śmierci broni się przy pomocy kolegów a od jubileuszu bronił się również, gdyż przypomina on jubilatowi jego wiek; On zaś czuje się młodym i chce być młodym. Nawiązując następnie do słów wypowiedzianych przez prof. Olbrychta i Godlewskiego stwierdził, że rzeczywiście kierującemi czynnikami w jego pracy były miłość dla wiedzy, związanie z tradycją i Uniwersytetem Jagiellońskim i ukochanie młodzieży, z której oczu czerpie zapał do pracy. Jeżeli mógł z dodatnim wynikiem pracować, zawdzięcza to w dużej mierze kolegom z Wydziału Lekarskiego, którzy zawsze w pracy tej szli mu na rękę i zawsze Go wspomagali. Wkońcu przyznając, że wskutek wzruszenia, jakie Nim owładnęło, nie całkiem czuje się usposobiony do wykładania, zwrócił się z prośbą do Magnificencji i Dziekana, by zgodzili się, że dzisiejszy wykład, dla którego niewiele zresztą zostało czasu, nie odbędzie się.

Dawno nie widziano i nie odczuwano tak serdecznego rodzinnego nastroju, jaki panował podczas tej uroczystości. Miało się wrażenie, że scholarze Krakowskiej Wszechnicy i ich Profesorowie tworzą jedną wspólną kochającą się rodzinę.

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Stanisław LASKOWNICKI. Lwów.

Zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży.

(Pyelitis, pyelonephritis et nephritis apostematosa gravidarum).

Z Oddziału Urologicznego Państw. Szpitala Powszechnego.
Ordynator: Doc. Dr. Stanisław Laskownicki.

Zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży — wedle Wildbolza — zachodzi najczęściej w przebiegu pierwszej ciąży, zwykle w drugiej jej połowie. Schorzenie prawie zawsze usadawia się w prawej miedniczce nerkowej, a to dlatego, że spowodu przechylenia się macicy na stronę prawą *(dextroversio)* — co następuje zwykle w 4 lub 5 miesiącu ciąży — moczowód prawy zostaje silniej uciśnięty powiększającą się macicą niż lewy, czego następstwem jest znaczniejsze utrudnienie odpływu moczu z miedniczki prawej niż z lewej. W rzadkich przypadkach ciężarna macica przechyla się ku stronie lewej *(sinistropositio)* i wtedy może schorzenie usadowić się po stronie lewej. Jako dowód, że rzeczywiście ucisk macicy powoduje utrudnienie odpływu z moczowodu i miedniczki, Wildbolz podaje fakt, że prawie zawsze stwierdza się rozszerzenie moczowodu powyżej jego skrzyżowania z linją bezimienną, a więc w miejscu, w którem moczowód nie może już być dalej odsunięty przez powiększającą się macicę, bo w najbliższem jego sąsiedztwie jest kość, do której zostaje on przyciśnięty. To zatrzymanie moczu w rozszerzonym moczowodzie i miedniczce nerkowej, o osłabionych ruchach robaczkowych, przekrwienie i rozpulchnienie błon śluzowych stwarza sprzyjające warunki zakażeniu. Dozsa uważa zapalenie miedniczek nerkowych u ciężarnych za następstwo niedowładu jelita grubego, wywołanego zatruciem (toksykozą) ciążowem. A więc Dozsa widzi w zaparciu stolca pierwsze ogniwo całego łańcucha wydarzeń powodujących wkońcu zakażenie miedniczki nerkowej. Stökel przypuszcza, że powodem rozszerzenia moczowodów jest niedowład ich, wywołany zatruciem ciążowem. Przeciw teorji powstawania zapalenia miedniczek nerkowych na tle ucisku przemawia fakt, że w innego rodzaju powiększeniach macicy, jak np. w mięśniakach, włókniakach, dalej w guzach jajników, torbielach jamy brzusznej, niekiedy bardzo wielkich rozmiarów, rzadko ma się do czynienia z zakażeniem i rozszerzeniem miedniczek.

Zdaje się, że w ciąży następujące okoliczności sprzyjają zakażeniu:

1) rozszerzenie moczowodu i miedniczki i, co za tem idzie, osłabienie ich kurczliwości;

2) zaleganie moczu w rozszerzonym moczowodzie i miedniczce (dobra pożywka dla drobnoustrojów);

3) zaleganie kału w jelicie grubem i znaczniejsze rozmnażanie się drobnoustrojów;

4) przekrwienie i rozpulchnienie błon śluzowych moczowodu i miedniczki w ciąży, co ułatwia usadowienie się drobnoustrojów.

Co powoduje rozszerzenie moczowodu powyżej linji bezimiennej, to nie jest jeszcze zupełnie pewnie rozstrzygnięte. Jedni tłumaczą to uciskiem moczowodu przyciśniętego do kości powiększającą się macicą, inni zagięciem jego w tej okolicy spowodowanem przez pociągnięcie go wdół przez zepchnięty ku dołowi pęcherz, inni (Halsted) przypuszczają, że powodem jest przeciągnięcie moczowodu na bok i zagięcie go, które powstało wskutek tego, że zwracająca się na prawo macica pociąga za sobą tkankę okołomaciczną i przebiegający w niej moczowód.

Miejsce, w którem światło moczowodu ulega zwężeniu, a ponad niem cały moczowód rozszerzeniu, jest oznaczone zupełnie ściśle. Miejsce to znajduje się stale 12 do 13 cm powyżej ujścia moczowodowego — a stwierdza się to zupełnie łatwo przy cewnikowaniu moczowodu; po wsunięciu kalibrowanego cewnika moczowodowego poza 12 centymetr mocz wyciekać zaczyna nieprzerwanym strumieniem. Jeszcze dokładniej stwierdzono to licznemi pyelografjami, wykonanemi drogą wstępującą lub zstępującą *(uroselectan, perabrodil)* — stale na kliszy rentgenowskiej widzimy substancję cieniującą, wypełniającą rozszerzony ponad tem miejscem moczowód.

Zdaje się, że jednak największe znaczenie w etjologji tego schorzenia ma ucisk, względnie zagięcie moczowodu prawego wskutek zmian topograficznych, powstałych w ciąży, gdyż prawie wszystkie ciężkie przypadki, jakie spostrzega się, dotyczą wyłącznie moczowodu i miedniczki prawej. W nielicznych przypadkach, w których spostrzegamy rozszerzenie obu moczowodów, mo-

czowód lewy jest zwykle mniej rozszerzony, mocz czystszy, nerka wydolniejsza od prawej. Wspomnieć ostrzeże jeszcze trzeba o spostrzeżeniu F r a n k e g o, że drobnoustroje łatwiej przedostają się z jelita grubego do prawej nerki — albowiem między jelitem grubem a nerką prawą jest bezpośrednie połączenie siecią naczyń chłonnych, co w znacznej mierze może ułatwiać przechodzenie drobnoustrojów z kiszki wstępującej do prawej miedniczki.

W pewnej, dość znacznej części przypadków przebiega zapalenie miedniczek nerkowych u ciężarnych bez rozszerzenia moczowodów i miedniczki, te przypadki nie dają zwykle groźnych objawów i zostają uleczone dość szybko i łatwo. W pewnych znów przypadkach spostrzegamy tylko rozszerzenie moczowodu i miedniczki, wywołujące głuche bóle w okolicy nerki — w jakiś czas dopiero potem dołącza się zakażenie. Najczęściej zakażenie zostaje wywołane pałeczką okrężnicy. W około 80% przypadków stwierdza się jej obecność, czasem w towarzystwie innych drobnoustrojów. Znacznie rzadziej wykazuje się gronkowce, paciorkowce (zwykle bardzo groźnie przebiegające zakażenia), enterokoki, pałeczki kwasu mlekowego, gonokoki, pałeczki błękitne *(B. pyocyaneum,* pałeczki odmieńca *(B. proteus),* pneumokoki, pałeczki durowe, rzekomodurowe i czerwonkowe.

Zakażenie miedniczki może powstać trzema drogami:

1) drogą zstępującą — krwionośną (hematogeniczną);
2) drogą wstępującą — z cewki moczowej i pęcherza;
3) drogą naczyń chłonnych.

Największa część autorów przychyla się do teorji zakażenia zstępującego, pomimo że bardzo rzadko udaje się wykazać we krwi pałeczki okrężnicy. Pałeczki okrężnicy, jak wiadomo, szybko we krwi giną, dlatego też zakażenia wywołane przez te drobnoustroje przebiegają zwykle znacznie łagodniej, niż np. zakażenia gronkowcami lub paciorkowcami i bardzo rzadko prowadzą do uogólnienia się zakażenia *(sepsis, pyaemia).*

Wedle tej teorji, pałeczka okrężnicy przedostaje się przez ścianę atonicznego względnie chorego jelita, dostaje się do krwi, zostaje wydzielona przez nerki i usadawia się na przekrwionej i rozpulchnionej błonie śluzowej miedniczki i moczowodu, rozmnażając się szybko w zalegającym tam moczu.

Pewna część zakażeń przychodzi jednak do skutku drogą wstępującą — co zwłaszcza przy zakażeniu pałeczką okrężnicy jest łatwe do wytłumaczenia. Drobnoustrój ten jest ruchomy i może się poruszać przeciw prądowi moczu wytryskującego z moczowodów, albowiem płynie tak samo, jak płynie ryba przeciw prądowi rzeki. Od czasu do czasu spostrzega się przypadki, w których sprawa chorobowa zaczyna się ostrem zapaleniem pęcherza; równocześnie wiemy o tem, że w przypadkach ciężkich zapaleń pęcherza, przy częstem parciu na mocz, wywołanem gwałtownemi skurczami mięśni pęcherzowych, aparat zamykający ujście moczowodowe zawodzi i mocz podczas skurczu pęcherza cofa się do moczowodu i miedniczki. Dzieje się to zwłaszcza w przypadkach, gdzie istnieje już rozszerzenie i niedowład moczowodu, w których to przypadkach traci napięcie mięśniowe także i ujście moczowodowe. Stwierdził to L u c h s zupełnie pewnie przy pomocy cystografji.

Zakażenie może się wkońcu przenieść czyto z jelita, czy też z cewki moczowej lub pęcherza drogą licznych naczyń chłonnych.

Schorzenie zaczyna się zwykle gwałtownemi bólami w krzyżach po jednej albo po obu stronach, dreszczami, podniesieniem się ciepłoty do 39° niekiedy do 40°. W przeważnej części przypadków występuje parcie na mocz, mocz jest mętny i zawiera duże ilości ciałek ropnych.

W przypadkach lekko przebiegających sprawa chorobowa ustępuje zwykle szybko po kilku dożylnych zastrzykach *hemthysal'u,* urotropiny, przy równoczesnem podawaniu preparatów urotropinowych do wewnątrz. Dobre usługi oddaje w zakażeniach pałeczką okrężnicy dożylny zastrzyk 1%-owego roztworu trypaflawiny (20 cm³), w zakażeniach gronkowcowych lub paciorkowcowych neosalwarsan względnie arsenobenzol. Czasem leczenie wewnętrzne, polegające na alkalizowaniu moczu (w przypadkach zakażeń okrężnicowych) na zmianę z zakwaszaniem i równoczesnem podawaniem preparatów urotropinowych, szybko sprawę chorobową likwiduje [1]).

[1]) Leczenie to przeprowadza się w ten sposób, że przez trzy dni podajemy chorym mieszankę: *natr. citr., natr. bicarb., magnes. ustae* aa. 30 — S. 3 łyżeczki dziennie po jedzeniu i każemy chorej wiele pić płynów (Naftusia, wody alkaliczne), potem przez następne 3 dni każemy mało pić i podajemy 4 razy dziennie po 2 pastylki helmitolu dziennie, zakwaszając równocześnie mocz podawaniem *ammon. chlorat.* (6 g dziennie), kwasu solnego, fosforowego, acydolpepsyny, gelacydu i t. p.

U chorych źle znoszących zakwaszanie można podać amfotropinę po 3 pastylki dziennie — można też ją zapisać *magistraliter: urotropini, acidi camphorici* aa. 0,50.

Nie jestem, podobnie zresztą jak wielu autorów, zwolennikiem leczenia szczepionkami i nigdy zwłaszcza przy zakażeniach pałeczkami okrężnicy wyraźnych wyników leczniczych nie spostrzegałem, co wobec wielkiej wielostronności antygenowej tego drobnoustroju jest łatwo wytłumaczalne.

Pewna część tych przypadków przebiega groźnie, okazuje się oporna wyżej wymienionym sposobom leczenia. Ciepłota nie opada, powtarzają się dreszcze, trwają dalej bóle — stan ogólny się szybko pogarsza. Czasami w przypadkach ostro przebiegającego zakażenia nie trzeba się dać zwieść spadkiem ciepłoty do stanu podgorączkowego, przy lichym w dalszym ciągu stanie ogólnym, wysychaniu w ustach, szybkiem tętnie — są to bowiem te ciężkie przypadki, w których osłabiony organizm, pozbawiony odporności, nie może już oddziaływać na zakażenie podwyższeniem się ciepłoty. W przypadkach takich, o ile nie zastosujemy wcześnie odpowiedniego leczenia, zakażenie przenosi się na miąższ nerkowy — powstaje obraz chorobowy znany pod nazwą *„nephritis apostematosa"* — rozsianie się zakażenia po całej nerce w postaci drobnych ropni i wówczas już tylko zabieg operacyjny i to nie zawsze może chorą uratować.

Właśnie szereg takich ciężkich przypadków, które spostrzegałem w ostatnich czasach, skłoniły mię do poruszenia tego tematu.

Zanim przystąpię do opisu, spostrzeganych przeze mnie przypadków muszę poświęcić kilka słów sposobom badania i początkowego leczenia tych przypadków.

O ile możności z początku każdy ciężki przypadek staramy się badać i leczyć bez stosowania jakichkolwiek zabiegów ze względu na obawę zakażenia mięszanego — a także ze względu na to, że istnieje obawa zawleczenia zakażenia w części narządu moczowego dotychczas niezakażone. W przypadkach uporczywych, a zwłaszcza w przypadkach, w których sa znaczne dolegliwości pęcherzowe, stosujemy płókania pęcherza środkami przeciwgnilnemi. Najczęściej stosujemy lapis w roztworze od 0,25‰ — potem, jeżeli chora dobrze znosi płókanie, przechodzi się kolejno do roztworów 0,50, 1 i 2‰.

Płókania i pozostawienie na końcu 50 cm³ roztworu lapisu w pęcherzu działają często i na stan zapalny moczowodów i miedniczek nerkowych, a to w dwojaki sposób:

1) wywołują odruchowo skurcz miedniczek i moczowodów, a więc przyspieszają opróżnienie się ich z zalegającego je zakażonego moczu;

2) przez to, że zachodzi często niedomykalność ujść moczowodowych — płyn wstrzyknięty do pęcherza przedostaje się łatwo falą antyperystaltyczną do miedniczek *(reflux)* i w ten sposób często równocześnie wykonuje się przepłókanie miedniczek.

O ile możności wstrzymujemy się z początku z wykonaniem cystoskopji, badania czynnościowego nerek, sondowania moczowodów ze względu na obawę zakażenia wtórnego. Ograniczamy się jedynie do pobrania moczu cewnikiem z pęcherza celem badania bakterjologicznego. Nie wykonuje się też pyelografji wstępującej, o ile nie zachodzi konieczna potrzeba. Pyelografja dożylna, pomijając już wysoką cenę preparatu, daje często obraz niedość wyraźny spowodu wzdęcia jelita grubego, jak również spowodu osłabienia czynności nerki silniej schorzałej, a więc tej, której obraz przedewszystkiem nas interesuje. Pyelografja wstępująca u ciężarnej jest zabiegiem poważnym spowodu:

1) obawy zakażenia miedniczki;
2) niebezpieczeństwa wywołania wstrząsu, mogącego potem wywołać poronienie;
3) spowodu obawy, że może wywołać kilka dni czasem trwające bóle o charakterze kolki nerkowej, z towarzyszącemi wymiotami, wzdęciem brzucha i t. p.

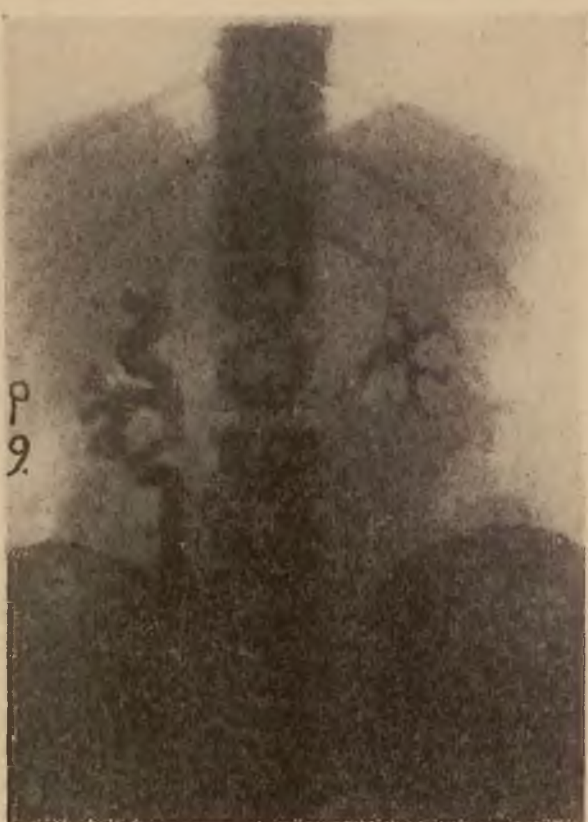
Specjalnie u ciężarnych jest niebezpiecznem wykonanie pyelografji wstępującej równocześnie po obu stronach — jeżeli wykonanie jej jest nam koniecznie potrzebne do dokładnego przedstawienia stanu miedniczek, należy raczej wykonać ją po stronie gorszej, a ewentualnie, gdy zachodzi potrzeba, w kilka dni później po drugiej stronie.

W przypadkach ciężkich wystarcza zwykle wykonanie chromocystoskopji. Jeżeli jedna z nerek do 15 minut nie wydziela barwika, względnie jeżeli, jak to najczęściej widzimy — z jednego ujścia (prawie zawsze z prawego) uchodzi mocz ropny — przystępuje się odrazu do leczenia radykalnego, polegającego na zgłębnikowaniu chorej miedniczki i stałem sączkowaniu jej przez pozostawienie w niej cewnika na kilka dni. Wynik takiego leczenia zwykle nie daje na siebie długo czekać — do kilku lub kilkunastu godzin ustają bóle, ciepłota spada do normy zwykle w 24—48 godzin.

Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć historję chorób kilku przypadków.

Przyp. 1: Chora lat 25 (A. S.), pierwiastka, temp. 39° — język podsychający, bóle po stronie prawej, mocz bardzo mętny, pałeczki okrężnicy. Stan ciężki pomimo leczenia przez 3 tygodnie, polegającego na podawaniu środków wewnętrznych i 3-krotnem płókaniu miedniczki prawej. Wobec braku poprawy proponuję założenie cewnika moczowodowego na stałe, co ma się wykonać na drugi dzień. Na godzinę przed zamierzonym zabiegiem chora zaczyna rodzić. Poród w 7 miesiącu odbywa się gładko. Po porodzie temperatura opada do normy, bóle ustają. Mocz oczyszcza się, lecz jeszcze przez 6 tygodni pozostaje lekko mętny i zawiera liczne pałeczki okrężnicy.

Przyp. 2. Chora A. P., lat 24, pierwiastka, 3 miesiąc ciąży ukończony. Temp. 39°, bóle w boku prawym, język podsychający, tętno szybkie, stan ogólny ciężki, mocz ropny, w moczu *diplococcus* Friedländera. Chromocystoskopja wykazuje: rozlane zapalenie pęcherza, ujście moczowodowe prawe obrzękłe, lewe bez zmian. Nerka lewa wydziela indygo, podane dożylnie, po 6 minucie prądem osłabionym o słabem wysyceniu, nerka prawa wydziela mocz silnie mętny ze strzępami ropy, barwika do 15 minut nie wydziela. Zgłębnikowano prawą miedniczkę. Wykonano pyelografję wstępującą, która wykazuje znaczne rozszerzenie moczowodu i miedniczki prawej oraz zagięcie moczowodu tuż poniżej (ryc. 1) dolnego bieguna nerki. Po pozostawieniu cewnika



Ryc. 1.

na stałe — temperatura opada do normy po 24 godzinach, bóle ustają, mocz po codziennych płókaniach miedniczki lapisem oczyszcza się znacznie po kilku dniach. Po 6 dniach cewnik usunięto — następuje nawrót cierpienia, dreszcze, wysoka temperatura. Założono znów cewnik na stałe (na 6 dni) — spadek temperatury. Po usunięciu cewnika znów znaczne pogorszenie. Chora jest młodą mężatką, chce rodzić, wobec czego po raz trzeci ponawiamy usiłowania wyleczenia miedniczki i utrzymania ciąży — jednak bezskutecznie. Na tych usiłowaniach tracimy 3 tygodnie — wkońcu dajemy wskazanie do przerwania ciąży. Po przerwaniu ciąży 4 miesięcznej chora wraca szybko do zdrowia.

Przyp. 3. Chora K. M., 8 miesiąc ciąży. Przypadek identycznie przebiegający jak poprzedni, z tą jednak różnicą, że mieliśmy do czynienia z chorą, będącą już przy końcu ciąży. Dopóki był założony cewnik na stałe, chora miała się zupełnie dobrze — gdy tylko cewnik się usunęło, następowało zaleganie moczu w miedniczce i moczowodzie, rosorbcja toksyn do krwi i znaczne pogorszenie. Chora przebywała na oddziale przez 5 tygodni ze stale założonym do miedniczki cewnikiem, poczem odbyła poród i odeszła ze szpitala z niewielkiemi zmianami w moczu. Leczenie polegało na codziennych płókaniach miedniczki roztworem lapisu 2°/₀₀. Cewnik zmieniano co 7 dni.

Przyp. 4. Chora lat 24, żona lekarza, pierwiastka, 5 miesiąc ciąży. Temperatura 39—40°, bóle w boku prawym, nerka lewa wydziela barwik po 4 minutach dobrym prądem i o dobrem wysyceniu, nerka prawa do 15 minut barwika nie wydziela — natomiast wydziela mocz silnie mętny ze strzępami ropy. Cewnikowano miedniczkę prawą i pozostawiono cewnik moczowodowy nr. 6 Charrière na 3 dni. Dwa razy dziennie płókano miedniczki roztworem lapisu 2°/₀₀. Po 3 dniach ciepłota opadła do normy, bóle ustały, mocz nieco mniej mętny. Cewnik usunięto. Chora ma się nieźle przez cały czas, nie gorączkuje — w 7 miesiącu rodzi, dziecko żyje, po porodzie mocz w krótkim czasie oczyszcza się.

Przyp. 5. Chora O. S., lat 26, nauczycielka, pierwiastka, przeniesiona na Oddział Urologiczny z Oddziału Wewnętrznego. 6 miesiąc ciąży. Stan ciężki. Ciepłota 40°, tętno 120, ciśnienie 120/50, azot pozabiałkowy 86 mg %. Mocz bardzo mętny. Z obu ujść uchodzi mocz mętny, z ujścia prawego gęsta ropa. Nerka prawa do 15 minut barwika nie wydziela, nerka lewa po 8 min. o słabem wysyceniu. Pomimo założenia cewnika na stałe stan nie poprawia się. Leukocytoza 21,900. Wobec ciężkiego stanu chorej i wobec tego, że nerka lewa wykazuje osłabienie czynności wydzielniczej, próbujemy w dalszym ciągu przez założenie cewnika na stale oraz płókaniami miedniczek opanować zakażenie. Po trzech dniach, wobec braku jakiejkolwiek poprawy, przystąpiono do odsłonięcia nerki prawej w dniu 7. III. 1932. *Nephritis apostematosa dextra.* Cała nerka usiana drobnemi ropniami wielkości główki szpilki, gdzieniegdzie większe ropnie, nerka znacznie powiększona. Wobec znacznych zmian w nerce i wobec tego, że istniała obawa uogólnienia się zakażenia odstąpiono od pierwotnego zamiaru wykonania złuszczenia torebki i nerkę usunięto. 9. III. Spadek gorączki, ilość dobowa moczu 420 cm³. 10. III. Ilość moczu 880 cm³ — chora ma się dobrze, język wilgotny, tętno 96. 13. III. poronienie — po poronieniu zapaść. 19. III. prawostronne zapalenie przydatków. Ciepłota podnosi się. Leczenie wstrzykiwaniami dożylnemi hemtysalu, trypaflawiny, fioletu goryczkowego *(Gentiana-violet).* 20. III. ciepłota opada, chora ma się lepiej. 3. IV. znów pogorszenie, stan podgorączkowy, tętno 100 — wśród objawów septycznych i osłabienia mięśnia sercowego *exitus* 11. IV.

Przyp. 6. Chora J. S., pierwiastka, lat 24. 8 miesiąc ciąży. Przed 2 tygodniami wystąpił ból w boku prawym oraz parcie na mocz. 25. I. 1933 badanie wykazuje: mocz mętny, rozlane zapalenie pęcherza, ujścia moczowodowe bez zmian. Nerka lewa wydziela indygo po 7 min., nerka prawa po 12 min. słabo — wyraźnie po 15 min. Leczenie polegające na codziennych płókaniach pęcherza i dożylnych zastrzykach hemtysalu nie odnosi skutku — stan chorej się pogarsza, wzmagają się bóle w prawym boku, podnosi się ciepłota. 31. I. badanie wykazuje, że nerka prawa do 15 min. barwika nie wydziela, nerka lewa w 7 min. Założono cewnik do miedniczki prawej oraz zastosowano codzienne płókania miedniczki 2°/₀₀ roztworem lapisu. 7. II. cewnik usunięto — nerka prawa wydziela barwik po 5 min. o słabem wysyceniu lecz dobrym prądem. Chora opuszcza szpital.

W tym przypadku wynik leczniczy szybki, nerka bardzo szybko poprawiła swą czynność wydzielniczą, miedniczka i moczowód odzyskały swą kurczliwość, wytrysk moczu z ujścia moczowodowego następuje silnym prądem.

Przyp. 7. Chora M. Sz., lat 31, pierwiastka, 6 miesiąc ciąży. 4. III. Od 2 tygodni ból w podżebrzu prawem, który mija i znów powraca w postaci ataków kolki. Chromocystoskopja: pęcherz w całości lekko zaczerwieniony, ujścia bez zmian, obie nerki do 15 min. barwika nie wydzielają. 3. III. Pyelografja wstępująca wykazuje znaczne rozszerzenie obu miedniczek i moczowodów, zwłaszcza lewego, moczowód prawy tuż poniżej ujścia z miedniczki zagięty. ***Mocz z miedniczki prawej nieco mętny, zawiera pałeczkę okrężnicy — mocz z nerki lewej z dużą domieszką ropy zawiera gronkowce.*** Leczenie: płókania pęcherza, dożylne zastrzyki hemtysalu. 5. III. mocz mniej mętny, ślad białka, natomiast znaleziono pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste. Chromocystoskopja: 7. III. Ujście prawe obrzękłe, zaczerwienione, ziejące, do 15 min. nie wydziela barwika, ujście lewe bez zmian, wydziela mocz mętny, barwik po 7 min. Założono cewnik do ujścia prawego. Z miedniczki wydobywa się przez cewnik odrazu duża ilość moczu dość czystego, po 20 min. ślad barwika. Ciepłota waha się od kilku dni między 37,8 a 38°. Wobec tego, że ciepłota nie opada, w moczu utrzymują się wałeczki — przerwano 10. III. ciążę cięciem cesarskiem pochwowem na Oddziale Położniczym. W kilka godzin po operacji wymioty, drgawki. 15. III. Oligurja. Temp. 39°. Z pochwy silnie cuchnące odchody. Obie nerki do 20 min. po podaniu domięśniowem barwika nie wydzielają. Zason-

dowano obie miedniczki — mocz lekko mętny z nerki prawej — z nerki lewej silnie mętny — przepłókano obie miedniczki 1% roztworem lapisu. Stan chorej poprawił się, w kilka dni po tym zabiegu mocz znacznie czystszy, temperatura opadła. Odchody z pochwy wciąż obfite i cuchnące — chora znów wysoko gorączkuje. Stan ten pomimo założenia cewników moczowodowych do



Ryc. 2.

obu miedniczek nie poprawia się, objawy septyczne. Chora 28. III. zmarła. Przypuszczam, że tu powodem śmierci była posocznica *(sepsis)*, która wyszła z zakażonej rany powstałej po przerwaniu ciąży przy równoczesnej niedomodze nerek. Sekcji zwłok nie wykonano.

Jak widzimy z opisu tych kilku *ad hoc* wybranych przypadków, jeżeli do kilku dni zawodzi leczenie wewnętrzne, należy zastosować leczenie bardziej radykalne i wtedy zwykle dość szybko udaje się opanować zakażenie. Chora ciężarna z objawami zapalenia miedniczek nerkowych zwraca się zwykle do ginekologa, niekiedy do internisty. Jeżeli po pobraniu moczu cewnikiem do badania bakterjologicznego i zastosowaniu leczenia, polegającego na płókaniach pęcherza, codziennych zastrzykach dożylnych preparatów urotropinowych (przy zakażeniu pałeczką okrężnicy trypaflawiny, gronkowcach i paciorkowcach arsenobenzolu) i ogólnie stosowanem leczeniu, stan chorej się nie poprawia do kilku dni, a zwłaszcza gdy nie opada temperatura, utrzymują się bóle w okolicy nerki, ponawiają się dreszcze — należy skierować jaknajszybciej chorą do specjalisty urologa. W tych rzadkich stosunkowo przypadkach, gdzie stwierdza się zakażenie gronkowcem lub paciorkowcem, trzeba starać się wykryć i usunąć źródło zakażenia (karjetyczne zęby i korzenie, ropnie migdałków, przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, trąbki, woreczka żółciowego i t. d.).

W zakażeniach pałeczką okrężnicy trzeba z jednej strony przeciwdziałać zaleganiu treści w jelicie grubem (środki przeczyszczające, wysokie lewatywy) — z drugiej strony usunąć i zniszczyć względnie utrudnić egzystencję i rozmnażanie się drobnoustrojów, które usadowiły się w drogach moczowych. Podaje się więc środki odkażające wewnętrznie i dożylnie, przepłókuje się niemi pęcherz i miedniczki, względnie zakłada cewnik moczowodowy na stałe celem trwałego opróżnienia miedniczki i moczowodu z zalegającego w nich zakażonego moczu z rozmnażającemi się w nim drobnoustrojami.

Założenie cewnika do miedniczki na kilka dni oddaje nam doskonałe usługi i jest czasem jedynym środkiem sprowadzającym spadek gorączki. Toteż nie powinno się nigdy czekać zbyt długo z wykonaniem tego lekkiego i łatwego zabiegu (w razie gdy utrzymuje się wysoka gorączka — nie dłużej jak kilka dni) — gdyż może nastąpić ciężkie uszkodzenie nerki — a nawet zupełne jej zniszczenie. W przypadkach ciężkich nie wystarcza nawet opróżnianie i płókanie miedniczki, chociażby nawet i codziennie przeprowadzane. Trzeba uprzytomnić sobie, że mamy do czynienia z rozszerzonym i atonicznym moczowodem, z rozszerzoną i pozbawioną kurczliwości miedniczką. W tych warunkach bardzo szybko, bo już w kilka do kilkunastu godzin po opróżnieniu miedniczki znów następuje zaleganie treści w miedniczce, szybkie rozmnażanie się drobnoustrojów w zalegającym moczu i resorbcja ich toksyn do krwi. Założenie cewnika do miedniczki na stałe jest tu jedynem celowem leczeniem i daje doskonałe wyniki, z tem zastrzeżeniem jednak, że zostanie wykonane dość wcześnie. Założenie zbyt późne cewnika, a więc tam, gdzie proces chorobowy przeszedł już na miąższ nerkowy, nie może już wiele pomóc. W tych przypadkach opróżnienie i sączkowanie ropni podtorebkowych nerki jest możliwe jedynie przez wykonanie złuszczenia torebki nerki. Niekiedy ten zabieg nie może już zniszczonej całkiem nerki uratować — by ratować chorą, trzeba nerkę usunąć.

Pierwszym, który polecił ten sposób leczenia, był I l l y e s (w 1904 r.), wystąpiono jednak ze sprzeciwami, z obawami, że długo leżący w moczowodzie cewnik może wywołać odleżynę, czego następstwem może być przebicie moczowodu i naciek moczowy, względnie, że jako następstwo późniejsze może po odleżynie powstać blizna zwężająca moczowód. Obawy te okazały się płonne i metoda ta, przez długi czas zapomniana, znów zaczyna odniedawna święcić swe triumfy. W ostatnich czasach poleca ją gorąco D o z s a, uczeń I l l y e s'a.

Zupełnie niezależnie od D o z s y (nie wiedziałem bowiem, że I l l y e s przed 30 laty opisał ten sposób leczenia) stosuję to leczenie od 6 lat przeważnie z bardzo dobremi wynikami. Opierając się na starej zasadzie chirurgicznej *„ubi pus ibi evacua"*, przyszedłem do przekonania, że *najlżejszym zabiegiem celem opróżnienia miedniczki z zalegającego ją ropnego moczu jest trwałe sączkowanie jej założonym na jakiś czas cewnikiem.* Rozszerzona miedniczka i moczowód, niezdolne wskutek niedowładu do kurczenia się i opróżniania się z zalegającego je zakażonego, gęstego od zawartości ropy moczu, są właściwie zamkniętym ropniem ze wszystkiemi charakterystycznemi jego cechami (wysoka leukocytoza, suchy język, objawy septyczne, dreszcze, wysoka gorączka)— ropień ten wobec ciężkiego stanu, w jakim się zwykle chora znajduje, trzeba opróżnić oraz trzeba odpowiedniem sączkowaniem zapobiec dalszemu nagromadzaniu się zakaźnej treści. Okazało się przytem, że cewnik może leżeć w moczowodzie przez przeciąg 7—10 dni bez żadnej szkody dla chorej. D o z s a pozwala trzymać cewnik przez 5 do 6 dni. O ile chora dobrze znosiła cewnik, nie zmieniałem go przed upływem 8 do 10 dni, za wyjątkiem, gdy się zatkał strzępami ropy i mocz nie odpływał, chociaż zwykle i w tym wypadku udawało się przepłókiwaniem przywrócić drożność cewnika. Cewnika nie zmieniałem za często raz, by oszczędzić chorej częste powtarzanie zabiegu, po drugie nie uważałem za wskazane za częste manewrowanie w zakażonem środowisku. Zakładano zawsze na stałe cewnik grubości 6 Charrière, cieńsze łatwo zatykają się strzępkami ropy. Leczenie polegało na przepłókiwaniu miedniczki 1 lub 2 razy dziennie, z początku roztworem lapisu 2‰ (2:1000) potem 1%. Płókania te należy robić ostrożnie z niewielkiem ciśnieniem, by nie wtłoczyć drobnoustrojów z miedniczki i kielichów do kanalików nerkowych. D o z s a stwierdził zapomocą pyelografji, że czasem już w kilka dni po założeniu cewnika moczowodowego na stałe, kurczy się znacznie moczowód i miedniczka, przybierając prawie swoją normalną postać. W moim materjale widać to wyraźnie w przypadku 6., w którym po 2 tygodniach leczenia cewnikiem na stałe nerka jest wprawdzie jeszcze osłabiona czynnościowo, bo wydziela barwik o słabem wysyceniu w 5. minucie, energicznym jednak wytryskiem, co świadczy o skurczeniu się moczowodu i miedniczki, ujawniającem się silnem kurczeniem się mięśni ich — przedtem silnie rozciągniętych i atonicznych. Zupełnie zrozumiałem jest też, że gdy opróżnimy miedniczkę i kielichy nerkowe z zalegającej je, stojącego pod pewnem ciśnieniem moczu — cofają się także zmiany anatomiczne w uległych uciskowi brodawkach nerkowych oraz w przybłonkach kanalików nerkowych. Wyraża się to szybką poprawą czynności wydzielniczej nerki (koncentracja moczu, ciężar gatunkowy, próby barwikowe).

D o z s a radzi zakładać cewnik moczowodowy na stałe także i w przypadkach zalegania moczu w miedniczce bez zakażenia. Stan taki objawia się głuchemi bólami w krzyżach, zwykle po stronie prawej, chora ma ciepłotę prawidłową, mocz bez zmian. W przypadkach tych jestem bardzo w postępowaniu ostrożny, obawiając

się zakażenia. O ile stwierdzam znaczne osłabienie wydolności nerki, ograniczam się do opróżniania miedniczki co kilka dni. Pozostawienie cewnika na stałe zmusza chorą do leżenia, ciężarna zaś poza głuchemi bólami w krzyżach, zresztą dość znośnemi nie uważa się za chorą i trudno ją zwykle do leżenia namówić.

Zapalenie miedniczek nerkowych ciężarnych występuje prawie zawsze w przebiegu pierwszej ciąży. Dzieje się to dlatego, że kobiety w trzeciej lub czwartej ciąży najczęściej przebyły już, często całkiem lekkie zakażenie i stały się przez wytworzenie we krwi przeciwciał na dalsze zakażenie odporne. Jak niektórzy autorzy twierdzą, trwa ta odporność dość długo i działa przeciw różnym szczepom pałeczki okrężnicy. B i t t e r i G u n d e l stwierdzili, że ciężkie zakażenia wywołuje pałeczka okrężnicy hemolityczna, niehemolityczne szczepy wywołują zakażenia o nieostrym początku i o powolnym i przewlekłym typie. W przypadkach, gdzie są zaległości moczu w miedniczce i moczowodzie, także i niehemolityczne szczepy wywołują ciężkie objawy.

Pałeczki okrężnicy przez długi czas po wyleczeniu klinicznem nie znikają z moczu. Utrzymują się w moczu czasem przez kilka miesięcy, nie dając żadnych objawów chorobowych. Mocz jest przeźroczysty zawiera 2—4 leukocytów w polu widzenia, nie wykazuje żadnych zmian — pomimo tego stwierdzamy w nim obecność *bact. coli.* V i n c e n t tłumaczy ten fakt tem, że w osoczu krwi powstają przeciwciała, przedostają się nawet i do moczu — w moczu jednak znajdują się w bardzo małej ilości, w za małej, by to mogło wystarczyć do pozbycia się drobnoustrojów.

Zestawienie: zapalenie miedniczek nerkowych u ciężarnych, względnie zapalenie miedniczki nerkowej prawej — jak to się w przeważnej ilości przypadków zdarza — ma czasem bardzo ciężki przebieg. Toteż, jeżeli sprawa nie ustępuje do kilku dni, to należy *wcześnie* chorą skierować do specjalisty urologa.

Zwykle założenie cewnika na stałe do rozszerzonej zalegającym zakażonym moczem miedniczki i płókania lapisem do kilku dni sprowadzają poprawę. Często następuje wyleczenie i ciąża przebiega prawidłowo, pomimo że drobnoustroje dalej są w moczu.

Jeżeli w ciężkim przypadku ten sposób leczenia zawodzi, lub jeżeli chora jest we wczesnym okresie ciąży i po usunięciu cewnika następuje nawrót cierpienia ze zatrzymaniem zakażonego moczu w rozdętej miedniczce i moczowodzie, należy bezwzględnie ciążę przerwać. W przypadkach o bardzo ostrym przebiegu radzi D o z s a przerwać ciążę cięciem cesarskiem.

W przypadkach, będących w późnym okresie ciąży, w których po usunięciu cewnika następuje nawrót cierpienia, chora zaś cewnik na stałe dobrze znosi — należy chorą przetrzymać na cewniku moczowodowym stale założonym aż do porodu. Trwa to czasem kilka tygodni — sposób ten jednak jest najmniej niebezpiecznym dla matki i dziecka. Zdarza się, że natura pomaga sobie w ten sposób, że wskutek wysokiej gorączki płód obumiera i następuje poronienie. Także i w przypadkach pozornie całkiem wyleczonych przeważnie poród następuje przedwcześnie.

Jeżeli objawy, pomimo założenia cewnika moczowodowego na stałe, są w dalszym ciągu groźne, chora wysoko gorączkuje, występują dreszcze, zwiększona leukocytoza, nerka jest bolesna i powiększona czasem, badania zaś wykazują znaczne upośledzenie jej wydolności — przerwanie ciąży nietylko nic nie pomoże ale nawet nie jest wskazane. Nie jest ono wskazane choćby z tego względu, że istnieje obawa przerzucenia się ciężkiego zakażenia do świeżej rany, jaką się staje po przerwaniu ciąży macica. W tych przypadkach należy odsłonić nerkę. Jeżeli zmiany są niedaleko posunięte i stwierdzimy początkową *nephritis apostematosa* w postaci drobnych ropni na powierzchni nerki, wskazanem jest wykonanie złuszczenia torebki. Zabieg ten stwarza dogodne warunki opróżniania się drobnych ropni korowych i dobre warunki gojenia się przez poprawę krążenia w miąższu nerkowym. Ma tu także duże znaczenie sączkowanie ropnego ogniska nazewnątrz.

W ostatnich czasach M i s r a c h i poleca wykonać poza złuszczeniem torebki wykonanie t. zw. nefrostomji celem dokładnego sączkowania miedniczki i kielichów nazewnątrz. W ten sposób autor stara się uniknąć całkowitego usunięcia zropiałej nerki.

W przypadkach daleko posuniętych zmian w nerce *(pyonephrosis)* trzeba usunąć nerkę. Rozstrzygnięcie, czy wystarczy wykonać złuszczenie torebki — czy też trzeba już nerkę usunąć, jest czasem bardzo trudne i zależy od osobistego doświadczenia operującego. Także i wskazanie do zabiegu, zwłaszcza we wczesnym okresie ciąży, może być bardzo trudne do określenia.

Piśmiennictwo:

1) B i t t e r, G u n d e l. Klin. W. T. IV. Z. 29. — 2) L u c h s. Arch. f. Gyn. T. 127. Z. 1. — 3) G e r a r d: Journ. d'Urol. T. XVIII. Z. 6. — 4) V i n c e n t. C. R. des seances de l'academie des sciences ref. w Z. f. urol. Chir. T. XVIII. str. 405. — pozatem piśmiennictwo zebrane w pracy D o z s y w Z. f. urol. Chir. T. XXV. — M i s r a c h i: Journ. d'Urol. T. 31.

Dr. Bolesław LECEWICZ, Dyrektor Szpitala. Nowy Targ.

Wśródtorebkowa metoda wycięcia wola.

Ze Szpitala Powszechnego w Nowym Targu.

W obecnym stanie nauki wycięcie wola odgrywa dominującą rolę w jego leczeniu, wykonanie więc tego zabiegu winno być doprowadzone do możliwych granic doskonałości. Operacja winna być wykonana o ile możności z małego cięcia skórnego, unikając zranienia mięśni. Po odsłonięciu guza muszą być stworzone warunki techniczne tego rodzaju, iżby właściwy akt wycinania nie wywołał wstrząsu, odbył się więc szybko, ściśle w zamierzonych granicach, bez drażnienia i ucisku sąsiednich tkanek. Założenie podwiązek musi być pewne. Pożądane jest też, aby wynik kosmetyczny był doskonały.

Stosowane dotychczas metody wycięcia wola nie mogą nas w całej pełni zadowolnić. Jako główne ich wady uważałbym niebezpieczeństwo rozerwania żył, szczególnie w okolicy dolnego bieguna i możliwość zatorów, lub zsunięcia się podwiązek z następowem krwawieniem. Dysponując dość znacznym materjałem operacyjnym w powierzonym mej opiece szpitalu wypracowałem odmienną nieco metodę operacji, polegającą na całkowitem lub częściowem wycięciu wola od wewnątrz, bez konieczności zrywania związku gruczołu na znacznej przestrzeni z torebką włóknistą, dlatego sposób ten można nazwać metodą wśródtorebkową. Przedstawiam sposób wykonania tej operacji.



Ryc. 1.
Linijna blizna w 3 tygodnie po wycięciu obustronnem wielkich płatów wola.

Krótszem od ogólnie używanego, łukowatem cięciem odsłaniam mięśnie, przecinam pomiędzy szczypczykami Kochera powierzchowne żyły, nacinam tkankę łączną równolegle do mięśnia sutkowo-obojczykowego, mięśnie mostkowo-gnykowe i m. tarczowe rozsuwam na tępo, a torebkę włóknistą przecinam. Odsłaniam i wytaczam nazewnątrz górny biegun wola, podwiązuję katgutem Nr. 4, po przecięciu pomiędzy szczypczykami Kochera, tętnicę i żyłę tarczową górną. Od strony tylnej górnego bieguna przebijam torebkę własną gruczołu nożyczkami Covpera o dwu końcach tępych, zwróconemi wygięciem ku tylnej ścianie gruczołu i stopniowo posuwam je ku dołowi tuż przy błonie białawej. Rozwierając nożyczki, rozszerzam ranę w gruczole i wchodzę jednym palcem lub dwoma palcami do utworzonej rany. Po odsunięciu hakami mięśni i częściowo torebki włóknistej chwytam partjami w szczypczyki Kochera ściany gruczołu po bokach górnego bieguna i przecinam je pomiędzy niemi. Po uwolnieniu gruczołu w okolicy górnego bieguna od związku

z otoczeniem gruczoł wysuwa się ku górze i ku środkowi wskutek istniejącego napięcia otaczających go tkanek; w razie potrzeby wskutek lekkiego podciągania. Odsuwam tępemi hakami mięśnie i w widocznem polu operacyjnem po częściowem wysunięciu się guza swobodnie przecinam pień tętnicy tarczowej dolnej pomiędzy szczypczykami Kochera i podwiązuję katgutem Nr. 4. Przenikam nożyczkami w opisany powyżej sposób w kierunku dolnego bieguna, stopniowo przecinając z boku pomiędzy szczypczykami Kochera ściany gruczołu. Dolny biegun znajdujący się niekiedy pod mostkiem stopniowo wysuwa się ku górze bez zerwania związku z otaczającemi go tkankami. Przecięcie ścian gruczołu, uchwyconych partjami w szczypczyki Kochera, kończy akt odcięcia guza. Akt ten odbywa się bez ucisku na otoczenie, mający ulec odcięciu guz trzymany jest bowiem w palcach i przesuwany, o ile to potrzebne, swobodnie. Przy małych wolach, gdy dojście do tętnicy tarczowej dolnej jest łatwe i może być wykonane bez ucisku na sąsiednie tkanki, podwiązuję pień tętnicy tarczowej dolnej przed przebiciem tylnej ściany guza i oddzieleniem jej od mającego ulec wycięciu guza. Tego rodzaju wycięcie stosuję przy jednostronnem wolu. Jeżeli wskazane jest wycięcie płatów po obu stronach, stosuję po jednej stronie wycięcie częściowe wola tak, aby pozostała niewyciętą dostatecznie duża część gruczołu. Podwiązuję wtedy nie pień tętnicy tarczowej dolnej, lecz rozgałęzienia jej w miejscach odcięcia części gruczołu, by zapewnić dobre odżywienie niewyciętej części gruczołu tarczowego oraz ciałom przytarczowym, unikając napewne zaburzeń czynności tych gruczołów. Ujęte w szczypczyki Kochera ściany gruczołów podwiązuję katgutem Nr. 3 z obkłuciem, unikając przytem zranienia naczyń. Torebkę włóknistą zszywam szwem ciągłym katgutem Nr. 2, dalsze warstwy szwami ciągłemi katgutem Nr. 3, 2, 1, szwem zaś ciągłym katgutem Nr. 00 podskórnym kończę zabieg. Wycięcie jednostronnego wola trwa około 25 minut. Zabieg wykonuję w znieczuleniu miejscowem, nastrzykując głęboko okolicę górnego bieguna wola oraz warstwy w miejscu cięcia pół procentowym roztworem nowokainy z adrenaliną. Chorzy po operacji podtrzymywani, o własnych siłach wracają do łóżka, lub przenosi się ich. W dalszym przebiegu operowani wypoczywają w łóżku w pozycji siedzącej lub w półleżącej. Po trzech dniach operowani po wycięciu mniejszego wola czują się tak dobrze, że na własne żądanie opuszczają szpital. Stosowany przeze mnie sposób wycięcia wola pozwala szybko wykonać zabieg bez ucisku na sąsiednie tkanki, stwarza warunki przestrzenne takie, jakie mają zaistnieć po operacji, a podwiązanie naczyń w ścianach wola, odpowiednio przytem ustawionych, zapobiega zsunięciu się podwiązek i następowym krwawieniom.

Zranienie lub podwiązanie nerwu krtaniowego dolnego jest niemożliwe, gdyż przecięcie pnia tętnicy tarczowej dolnej, lub jej rozgałęzień, odbywa się w dobrze odsłoniętem polu operacyjnem po wysunięciu się większej części guza z łożyska. Niemożliwe jest również wycięcie lub zranienie ciał przytarczowych, pozostają bowiem one nienaruszone z tylno-boczną ścianą gruczołu i mają zapewnione dobre odżywienie. Oddzielenie guza na tępo od podstawy i częściowe wytaczanie go nazewnątrz pozwala wyciąć duży guz z mniejszego cięcia. Sposób ten nadaje się jako bardzo łatwy w wykonaniu w przypadkach woli o miękkiem utkaniu, a więc przy wolu miąższowem, szczególnie zaś dobre usługi oddaje w przypadkach wola podmostkowego. Trudniejszy nieco w wykonaniu jest w przypadkach woli guzowatych, lecz pozwala wówczas pozostawić widoczną zdrową część gruczołu. Przy zmianach torbielowych sposób ten nadaje się również, przyczem zrośniętą niekiedy i niedającą się oddzielić bez obrażeń część ściany torbieli pozostawiam po wyskrobaniu ostrą łyżeczką jej powierzchni. W przypadkach wola naczyniowego należy małe pasma oddzielonej na tępo tkanki gruczołowej przecinać między podwiązkami. Opisany sposób stosowałem w około 100 przypadkach wola rozmaitego utkania, rozmaitej wielkości, bez przypadku śmiertelnego, bez uszkodzenia nerwu krtaniowego, bez objawów wypadnięcia funkcji gruczołów przytarczowych, z wynikiem kosmetycznym po operacji bardzo dobrym, bo linijne blizny sczasem stawały się prawie niewidoczne nawet w nielicznych przypadkach, gojących się z nieznacznem ropieniem. Sposób ten pozwala skrócić czas pobytu chorych w szpitalu po operacji wola przeciętnie do około tygodnia.

Dr. med., dr. fil. Tadeusz BILIKIEWICZ. Kraków.
Docent Uniw. Jagiellońskiego.

O współpracę psychologji z psychjatrją.

Uwagi na marginesie dzieła: Ks. Jan Lindworsky T. J.: Psychologja eksperymentalna, przełożył Ks. M. Piechowski, przejrzał Ks. Józef Chechelski, Kraków 1933, str. XVI + 311, 8°.

Mogłoby się wydawać dziwnem, dlaczego na łamach czasopisma lekarskiego omawiam tak obszernie dzieło z zakresu psychologji. Otóż nie ulega wątpliwości, że psychjatrja współczesna bardzo cierpi na tem, że programy studjów lekarskich obejmują w tak nieznacznym stopniu naukę o duszy normalnej. Będę się starał poniżej wykazać ujemne następstwa tego niedoceniania psychologji ze strony lekarzy, z drugiej strony jednakże będę musiał również zwrócić uwagę na fakt, iż psychologja normalnego człowieka również ogromnie cierpi na tem, iż nie utrzymuje należytego kontaktu z psychjatrją i nie wykorzystuje jej doświadczeń. Współpraca rozmaitych gałęzi nauk, których przedmiotem jest dusza w najrozmaitszych stadjach rozwojowych, z rozmaitych stron oświetlana, różnemi metodami badana, zdrowa czy chora — współpraca taka jest palącą potrzebą dzisiejszej nauki. Zaspokojenie tej potrzeby napewno wyjdzie na korzyść wszystkim tym dziedzinom.

Autor omawianego dzieła jest profesorem uniwersytetu praskiego. Ma za sobą poważne badania z zakresu psychologji, z których na podniesienie zasługują przedewszystkiem badania eksperymentalne nad wolą *(Der Wille..., III. Aufl. 1923)*. Podniósłbym nadto jego „Psychologję teoretyczną" *(Theoretische Psychologie im Umriss 1926)*.

Przełożenie dzieła Lindworsky'ego na język polski jest faktem radosnym i zasługującym na wdzięczność. Jest to bowiem niewątpliwie jeden z najlepszych podręczników psychologji eksperymentalnej, jakiemi pochlubić się może piśmiennictwo świata. Podręcznik ten spełnia bardzo doniosłą rolę, zwłaszcza dzięki temu, iż przeznaczony jest szczególnie dla uniwersyteckich środowisk katolickich. W środowiskach tych odczuwa się coraz bardziej palącą potrzebę wniesienia myśli empirycznej i obudzenia większego zrozumienia dla doniosłości nauk przyrodniczych. Psychologja racjonalna, jakkolwiek głęboka, nie jest w stanie dać odpowiedzi dzisiejszemu wykształconemu katolikowi na mnóstwo pytań, które zjawiają się przy zetknięciu z wynikami przyrodoznawstwa, medycyny i nauki wogóle. Czy będzie chodziło o przyszłych spowiedników, czy wogóle o światłych katolików, o katolicką inteligencję, zawsze pierwszem zadaniem musi być biegłość w problematyce współczesnej filozofji przyrody, której podstawowym składnikiem jest psychologja empiryczna. Dzieło ks. Lindworsky'ego wypełnia w tym kierunku bardzo ważną rolę, toteż uprzystępnienie go polskiej nauce powitać należy z uznaniem.

Krytyczne uwagi nasuwają się jednak co do wyboru zagadnień, omówionych w podręczniku. Całości wyczerpać naturalnie niepodobna w ramach podręcznika, ale też tem surowsza winna być selekcja materjału. Materjał ten winien być dostosowany do programów nauczania na wydziałach filozoficznych, ewent. teologicznych uniwersytetów. Trzeba pamiętać, że jeżeli słuchacz uniwersytetu, w jakimkolwiek kierunku później pójdzie, nie nauczy się z podręcznika, czy z wykładów psychologji eksperymentalnej — całej psychologji, to małe jest później prawdopodobieństwo, by uzupełniał swą wiedzę w kierunku psychologji teoretycznej, czy też poszczególnych innych działów psychologji empirycznej. Toteż nie uważam za słuszny rozdział psychologji na eksperymentalną i teoretyczną, jeśli chodzi o podręcznik. Przeciwnie, czytelnik powinien na każdym kroku widzieć ścisły związek między wnioskami teoretycznemi, choćby najogólniejszemi, a przesłankami empirycznemi, na których wnioski te się opierają. Zaniedbanie tej zasady mści się różnorako, ale niewątpliwie najsmutniejszem następstwem jest takiż sam rozdział w życiu między przedstawicielami psychologji racjonalnej i psychologji empirycznej, rozdział niesłuszny, gdyż naprawdę naukową może być tylko psychologja, obejmująca równocześnie wszystko, co dotyczy „psyche". Dziś już nietylko psychologja eksperymentalna, względnie empiryczna, należy do nauk przyrodniczych, ale i psychologja teoretyczna. Zjawiska psychiczne, choćby najwyższego rzędu, są przedmiotem badań przyrodniczych, podobnie jak i sama „dusza", przeżywająca te zjawiska. Przyrodnik ma prawo i obowiązek wypowiadać się na wszystkie te tematy, bynajmniej zaś nie potrzebuje się ograniczać wyłącznie do składników eksperymentalnych. Skąd się wziął ów zakaz zajmowania się „samą duszą", naprawdę trudno dociec. Albo jest to pozostałość Kantowskiego dualizmu, przyczem duszę wciąż jeszcze uważa się za

„rzecz w sobie", albo też wpływ materjalizmu XIX wieku, który zajmowanie się czemkolwiek poza materją i jej funkcjami potępiał jako metafizykę. Właśnie dlatego psychologowie tego obozu co ks. Lindworsky nie powinni uznawać takiego podziału, tem mniej w podręczniku.

A dalej, zaczepiłbym samą „eksperymentalność" tej psychologji. Dlaczego np. psychologja zbiorowisk, dzieląca się na psychologję ludów, klas i psychologję etnologiczną, zaliczona została za Titchenerem do psychologji eksperymentalnej? Co za eksperymenty czyni tu psycholog-badacz? Dlaczegóż otwarcie nie wyznać w samym tytule, że nadzieje, jakie pokładała psychologja swego czasu w eksperymencie, nie spełniły się w tym stopniu, by istotnie eksperyment nadawał ton psychologji. Najważniejsze zagadnienia psychologji muszą się obywać bez eksperymentu, zadowalniając się obserwacją aktualną lub retrospektywną, introspekcją, opisem, wszystkiem, tylko nie eksperymentem. Właściwie najwięcej dał eksperyment na polu psychologji wrażeń zmysłowych i wyobrażeń, większość tych zdobyczy atoli dotyczy raczej fizjologji zmysłów. Tak samo badania eksperymentalne, dotyczące uczuć, dają najwięcej danych z zakresu fizjologji. Naprawdę psychologicznych zagadnień napróżno się szuka w dziełach z zakresu psychologji eksperymentalnej, a jeśli się je znajduje, to pierwiastek eksperymentalny odgrywa minimalną rolę. Ta sama introspekcja, którą się posługiwano przed erą eksperymentu, nadal jest podstawową metodą psychologji.

Są coprawda eksperymenty ogromnej doniosłości w psychologji, te jednakże niemal zupełnie nie są uwzględniane przez psychologów eksperymentalnych. Mam na myśli doświadczenia kliniczne, spostrzeżenia z zakresu psychopatologji, dalej eksperymenty psychoanalityczne i t. d. Ponieważ jest bardzo mało psychologów, którzyby równocześnie posiadali pełną biegłość na polu medycyny i psychjatrji, przeto wszystkie wymienione dziedziny są dla nich zupełnie niedostępne. Nic też dziwnego, że podręczniki psychologji eksperymentalnej nie robią niemal żadnego użytku ze zdobyczy psychjatrji, psychopatologji, psychoanalizy i t. d., a jeśli robią, to częstokroć w sposób niezadowalniający odnośnych specjalistów. Jak z tego widać, psychologja eksperymentalna czy empiryczna uwzględniać musi szereg dziedzin pogranicznych, a ponieważ wypełnia dotąd ten postulat w niedostatecznej mierze, przeto wyniki jej nie stoją na tym poziomie, na jakimby stać mogły i powinny.

Zdaję sobie sprawę z tego, że zarzuty powyższe dotyczą nietylko omawianego dzieła, ale wogóle wszystkich innych z omawianego zakresu. Niemniej jednak, tutaj ten zarzut ma swoje szczególne znaczenie. Z jakiegoż środowiska spodziewać się można reformy, jeśli nie właśnie z tego, które reprezentuje czcigodny autor. Gdzież szukać większego zrozumienia dla doniosłości czynników psychicznych, gdzież się spodziewać ostrzejszego rozgraniczenia między materją i duszą, skąd ma wyjść uznanie dla wyższości psyche nad materją? Wiemy wszak, że lekarze i przyrodnicy bezmała wciąż jeszcze hołdują jednostronnemu materjalizmowi, właśnie dlatego, że się im zostawia na pastwę ogromne dziedziny psychologji patologicznej. Nieuzbrojeni w wiedzę psychologiczną, niewyszkoleni należycie pod względem filozoficznym, wyposażeni tylko w to, co im za młodu umysły afilozoficzne w rodzaju Forela wpoiły („dusza czyli mózg...") — nie mogą sobie dać rady z ogromem materjału psychologicznego, z jakim się spotykają w zetknięciu z przyrodą. I oto przychodzi do gorszących wydarzeń. Lekarze i przyrodnicy, pozbawieni przygotowania z zakresu psychologji, olśnieni bogactwem poczynionych spostrzeżeń, poczynają bez znajomości właściwej metody, po dyletancku, lecz z pełnem przekonaniem o swej kompetencji, snuć teorje, hipotezy, nową terminologję, przyczem co krok odkrywają Amerykę, jak to zwykle bywa, gdy zapał odkrywczy przekroczy miarę.

Gdyby się jednak na tem kończyło, możnaby jeszcze ten stan rzeczy znieść. Grafomani, dyletanci i nieucy sami w sobie nie są jeszcze szkodliwi, a mogą być nawet niekiedy pożyteczni. Na omawianem polu rzecz się ma gorzej. Bo oto wymienione dziedziny pozostawione zostały, jako się rzekło, na pastwę dyletantom co do metody psychologicznej, a równocześnie sami psychologowie dziedzinami temi nie chcą się zajmować. Tak się miała rzecz np. z psychoanalizą. Niewątpliwie spostrzeżenia psychoanalizy były w wielu wypadkach trafne. Dziś psychoanaliza jako metoda badania jest powszechnie uznana. Psychjatrja współczesna nasiąkła nietylko terminologją ale i zasobem pojęć psychoanalitycznych. Nawet przeciwnicy teoryj psychoanalitycznych, jak Bumke przejęli od psychoanalizy mnóstwo pojęć. Ale z drugiej strony, umiarkowany psychoanalityk, stosujący w swym gabinecie lekarskim psychoanalizę jako metodę leczniczą, może się zupełnie obejść bez balastu teoryj, stworzonych przez Freuda, Adlera, Ranka i innych. Pokazuje się, że zupełnie czem innem są spostrzeżenia lekarskie, ustalone fakty psychologiczne i t. d., a zupełnie czem innem uogólnienia filozoficzne, snute przez lekarzy na marginesie ich codziennej pracy zawodowej.

Każdy przyzna Freudowi olbrzymi talent odkrywczy, prawdziwy genjusz intuicji lekarskiej, ogromną odwagę patrzenia prawdzie w oczy i mnóstwo innych cnót wielkiego lekarza i męża nauki, a z drugiej strony chyba nie było psychologa i filozofa, którýby czytając jego dzieła nie zdumiewał się nad płytkością jego filozofji przyrody, nad niedołęstwem jego uogólnień psychologicznych, nad naiwnością jego światopoglądu. Ogół jego uczniów, naogół bezkrytycznie powtarza za mistrzem listę terminów w rodzaju *Unbewusstsein, Unterbewusstsein, Vorbewusstsein* i t. d. Krytyka pojęcia nieświadomego psychizmu wogóle tym ludziom na myśl nie przyjdzie. Gubią się w subtelnościach terminologicznych, zapominając sczasem o treści tych pojęć, niesieni falą nowej scholastyki psychoanalitycznej. Wszystko to są owoce braku wykształcenia psychologicznego psychjatrów.

No ale któż wreszcie ma się zajmować naukowem opracowaniem materjału spostrzeżeń, poczynionych przez psychjatrów, psychoanalityków i t. d.? Sami oni nie potrafią, gdyż brak im znajomości psychologji normalnego człowieka. Są oni podobni do patologów, którzyby nie znali anatomji i fizjologji. Na to mógł sobie pozwolić Hippokrates, ale nigdy naukowiec XX-go wieku. Więc któż, może psychologowie? Właśnie do tego zmierzam. Tamci nie potrafią, a ci nietylko nie potrafią ale i nie chcą. Ci znowu podobni są do anatomów, którzyby ze spostrzeżeń anatomji patologicznej nie chcieli korzystać lub embrjologją gardzili. Brak należytego kontaktu między psychologją i psychjatrją mści się fatalnie i to na obu stronach. W Polsce szczególnie potrzeba radykalnej reformy. Psychjatrja stoi w Polsce bardzo nisko. Psychoterapja ogranicza się do poklepywania pacjenta po ramieniu. Na wydziałach lekarskich brak wykładów psychologji normalnego człowieka, brak wykładów psychoterapji. Psychoterapja polega na zapisaniu pacjentowi bromu z zapewnieniem sugestywnem, iż jest to swoisty lek, który napewno pomoże! A jeśli nie pomoże? Jeśli psychjatrja stoi nisko, to cóż powiedzieć o psychologji w Polsce? Niektóre wykłady wykazują poziom, który zadowolniłby może jeszcze staruszka Wundta, gdyby zmartwychwstał. Nasze dzieła z zakresu psychologji eksperymentalnej urągają czasem wiedzy lekarskiej. Pewien autor pisze w swej „Psychologji uczuć" stale o *„wyczuwaniu* pulsu naczyń włoskowatych" (str. 99), lub informuje nas przy pewnym eksperymencie, iż „ciśnienie krwi dochodzi do *20 mm* rtęci, gdy w warunkach normalnych wynosi ono koło *10 mm*". — Można sobie wyobrazić, co są warte eksperymenty przy takich wiadomościach z fizjologji! Krótko mówiąc, psychologia w Polsce wymaga jakiegoś ożywczego zastrzyku, ale i na całym świecie konieczne jest nawiązanie ścisłej współpracy wszystkich, którzy za przedmiot badań mają psyche.

Żeby nie być gołosłownym, przytoczę jako przykład wywody ks. Lindworsky'ego na temat marzeń sennych. Przedewszystkiem uderza ubóstwo piśmiennictwa, przytoczonego na końcu tego rozdziału, gdyż wymienione są tylko dwa dzieła: Hackera z roku 1911 i Volda z lat 1910 — 1912. Jakkolwiek rozdział ten zawiera mocną polemikę z psychoanalizą, to jednak widać jasno, że autor nietylko sam żadnych badań psychoanalitycznych nie przeprowadzał, ale wogóle odnośnego piśmiennictwa nie czytał. Zna tylko Freuda i to z drugiej ręki chyba, skoro go nie wymienia w zestawieniu piśmiennictwa. Po streszczeniu w kilku zdaniach poglądów Freuda, autor oświadcza (str. 291): „Ta poezja wybujałej fantazji znalazła w sferach psychologicznie niewykształconych niezwykłe powodzenie. Jako dowolnego zmyślenia, nie potrzeba tej koncepcji osobno zbijać". Tylko kilka twierdzeń psychoanalizy autor uznaje, odmawiając reszcie wszelkiej naukowej podstawy (str. 295). Zdaniem autora, marzenie senne jest czynnością wyobraźni, która odbywa się jednak w szczególnych warunkach, zachodzących we śnie, t. j. pod wpływem mechanizmu wyłączającego, który wstrzymuje działanie narządu ruchu oraz zmniejsza psychofizyczną energję w środkowym układzie nerwowym. Zapomocą tej jakżeż ogólnikowej tezy, chce autor wyjaśniać rozmaite przeżycia w marzeniach sennych. Twierdzenie Freuda, jakoby marzenie senne stanowiło spełnienie życzeń, autor odrzuca. Nie daje jednak wzamian teorji, któraby pozwalała zrozumieć każdy konkretny sen. Badania psychoanalityków zawarte są w wielu tomach i nie można ich obalać, przeciwstawiając im kilka zdań ogólnikowych. Czy sen stanowi spełnienie życzeń, czy może czasem spełnienie obaw, czy ta czy owa teza jest słuszna lub nie, o tem rozstrzygać może tylko ktoś, kto te same badania w tych samych warunkach i na takim samym materjale kompetentnie powtarzał. Dlatego to tak trudno się porozumieć psychoanalitykom z psychologami. Pierwsi nie mają biegłości w psychologji,

a drudzy nie są w stanie sprawdzać dowodów naprawdę eksperymentalnie. Można zwalczać teorje te i owe, gdyż dadzą się one ująć samym rozsądkiem. Ale nie można zwalczać *spostrzeżeń empirycznych* drogą rozsądku. Krążenie krwi też wydawało się swego czasu ludziom nielogiczne, podobnie jak system heljocentryczny, niemniej obie teorje okazały się sczasem prawdziwe. Kopernika miał prawo krytykować astronom, Harveya fizjolog, a tezy psychoanalizy mogą sprawdzać lub obalać tylko psychoanalitycy.

Jeśli chodzi o krytykę materjału, wybranego przez autora, to w dalszym ciągu i inne braki muszą być podkreślone. Wogóle nie zostały w pełni wyzyskane poszczególne dziedziny psychologji z poza życia psychicznego człowieka dorosłego, normalnego i wykształconego. Wszystkie inne działy potraktowane zostały jako luźne przydatki, co znowu nie jest życiowe. Z wiadomości z psychologji wrażeń zmysłowych w znacznie mniejszym stopniu korzystać będą w życiu czytelnicy podręcznika, niż z wiadomości z zakresu psychologji porównawczej, genetycznej, antropologicznej, czy z psychologji życia zbiorowego. Tutaj na wyborze materjału zaciążył znowu... eksperyment. Ponieważ zmysły są najbardziej dostępne badaniom doświadczalnym, przeto najwięcej miejsca trzeba było poświęcić właśnie psychologji wrażeń zmysłowych. Motyw ten możeby miał swoje znaczenie w jakiemś dziele, przedstawiającem wyniki psychologji eksperymentalnej wogóle, ale nigdy w podręczniku, który powinien być przystosowany do potrzeb życiowych.

I tak np. uderzającym jest niestosunek między omówieniem psychologji wrażeń zmysłowych i psychologji woli. Badania eksperymentalne nad wolą zajmują niewiele ponad trzy strony (str. 143—146), mimo że autor tym zagadnieniom, jak wspomniałem — poświęcił osobne studja. Badania te ponadto mało tylko wychodzą poza wyniki badań Acha, Michotte'a i Prüma z r. 1910. A jednak każdy przyzna, że korzyść życiowa tych badań znacznie przewyższa to, co dać może szczegółowa znajomość spraw psychologji wrażeń zmysłowych. Sumaryczne potraktowanie psychologji woli stoi w ścisłym związku z innym brakiem. Mam na myśli badania nad psychologją popędów. Tutaj żaden psycholog nie da sobie rady bez psychopatologji, psychoanalizy, psychologji kryminologicznej i t. d. Niewyzyskane zostały dalej studja nad zjawiskami sugestji i hipnozy — studja chyba nawskróś eksperymentalne. Wprawdzie w rozdziale o hipnozie (str. 296—300) autor zajmuje się i temi sprawami, czyni to jednak z wyraźnem pominięciem olbrzymiego piśmiennictwa poza Forelem (1911), który jest niewątpliwie autorem przestarzałym. Pozatem autor nie wciąga tych zagadnień w związek z zagadnieniem woli, na co niejeden czytelnik nowoczesny z zainteresowaniem czeka. Ileż to razy w dyskusji nad wolnością woli padają argumenty z zakresu zjawisk sugestji a zwłaszcza hipnozy. Wobec tych zagadnień polemicznych autor powinien był zająć stanowisko, nie odsyłając czytelnika do „Psychologji Teoretycznej", w której istotnie sprawy te są omówione. Mojem zdaniem bowiem, jest to zagadnienie, które właśnie winno być rozpatrywane przedewszystkiem ze stanowiska badań eksperymentalnych, gdyż ani nie są to problemy metafizyczne, jak to się wciąż jeszcze tu i ówdzie słyszy, ani problemy o zakresie tak ogólnym, by wolno je było nazywać wyłącznie teoretycznemi.

Zagadnienia wolności woli wiążą się ściśle z psychologją popędów. I te sprawy dla autora niemal nie istnieją. Seksuologja, której łączności z psychologją napewno nikt nie zaprzeczy, nie jest wogóle w podręczniku omawiana. O motywach nie chcę się rozwodzić, ale przypuszczam, że znalézby się je dało w sferze purytanizmu, którego w nauce nie powinno być. Psychologja życia płciowego jest działem psychologji ogromnej wagi życiowej i musi autor podręcznika psychologji coś o tych tematach powiedzieć. Jak bardzo tu jest potrzebna współpraca z medycyną, tego chyba nie potrzebuję osobno dowodzić. Wszelkiego rodzaju doświadczenia kliniczne rzucają ogromne światło na psychologję życia płciowego. Inne popędy też nie zostały należycie uwzględnione, a właśnie w świetle psychopatologji, np. psychopatologji sądowej, powinien psycholog je rozważać.

Wreszcie nie będę zbyt surowym, jeśli wspomnę autorowi nienależyte uwypuklanie myśli genetycznej w psychologji. Nowoczesny przyrodnik bez myśli genetycznej nie umie pracować. Psychogenetyka nowoczesna poczyniła tak wielkie postępy, eksperymenty w tej dziedzinie są niekiedy tak wymowne, że wobec nich należało także zająć jakieś stanowisko. I tutaj przydałyby się autorowi wyniki badań psychologji porównawczej z jednej strony, a psychoanalizy z drugiej strony. Te zagadnienia właśnie najwięcej są dzisiaj dyskutowane i one to w pierwszym rzędzie powinny być odpowiednio naświetlone w podręczniku psychologji eksperymentalnej.

Toby były mniejwięcej wszystkie zarzuty. A teraz pochwały. Materjał podręcznika przedstawiony został pierwszorzędnie. Dzieło zawiera pokolei omówienie pierwiastków psychicznych i ich bezpośrednich połączeń, dalej odtwarzanie wyobrażeń, jako podstawa wyższych procesów psychicznych, następnie wyższe wytwory psychiczne jednostki, wreszcie wytwory psychiczne podległe wpływom zbiorowiska ludzkiego oraz ostatni rozdział p. t. wyjątkowe stany duszy. Tej ostatniej nazwy nie uważałbym za szczęśliwą, gdyż sen i marzenie senne nie są stanami wyjątkowemi, lecz najzupełniej powszedniemi.

Sposób przedstawienia materjału niezwykle jasny i przejrzysty, wykazujący znakomity talent pedagogiczny. Nawet najtrudniejsze ustępy czyta się gładko i bez znużenia. Rzecz prosta, walnie się do tego przyczynił zarówno tłumacz, jak i „redaktor". Przekład piękny, nacechowany wzorową dążnością do jaknajwiększej ścisłości. Drobne usterki terminologiczne nie są w stanie zmniejszyć wartości przekładu. Tak np. mimo słusznych zasadniczo protestów prof. Twardowskiego przyjął się przymiotnik „doświadczalny" jako synonim przymiotnika „eksperymentalny". Tłumacz natomiast używa przymiotnika „doświadczalny" w dwojakiem znaczeniu, albo jako „empiryczny" (po polsku słusznie „doświadczeniowy") albo jako „eksperymentalny", złudzony tem, iż polski język niestety nie posiada odpowiednich terminów na oznaczenie niemieckich rzeczowników *„Erfahrung"* i *„Versuch"*. To byłaby chyba jedyna usterka terminologiczna, jaką zauważyłem. Świadczy to o ogromnej staranności przekładu.

Polski przekład podręcznika ks. Lindworsky'ego niewątpliwie dozna życzliwego przyjęcia, gdyż zasługuje na nie. I lekarze, a zwłaszcza psychjatrzy, powinni się dziełem tem zainteresować, pomni zasady, iż niema bez psychologji naprawdę naukowej psychjatrji.

Doc. Dr. Zdzisław GORECKI. Warszawa.

Uwagi spowodu artykułu Dr. Zdzisława Świdra p. t.: „Niedomoga narządu oddechowego", ogłoszonego w Pol. Gaz. Lek. Nr. 41 i 42. 1934 r.

W powyższym artykule autor omawia pewne zaburzenia w mechanizmie oddychania, zwłaszcza w dychawicy oskrzelowej. Pozostawiając na uboczu omówienie niektórych wątpliwości, jakie się nasuwają czytelnikowi, obeznanemu z obfitem piśmiennictwem tego przedmiotu (piśmiennictwo, z którego autor korzystał składa się z 8 prac, w tem jedna własna, jedna zaś moja — o czem później), zmuszony jestem do sprostowania pewnych „twierdzeń" D-ra Świdra.

1. Dr. Świder omawiając fizjologję oddychania podkreśla rolę przepony i mięśni brzucha w tym akcie, twierdząc kilkakrotnie, że rola ta jest nieuwzględniana przez klinicystów (str. 752, 753 i inne). Istotnie w podręcznikach i pracach z dziedziny chorób wewnętrznych mało lub nic się o tem nie pisze; wynika to jednak stąd, że w dziełach tych nie pisze się o sprawach ogólnie znanych i ustawicznie podkreślanych na wykładach i ćwiczeniach dla studentów, począwszy od zimowego trymestru III. roku studjów. Podobnie zresztą nie pisze się a wciąż się mówi o fakcie przepływania krwi z przedsionków do komór serca w czasie rozkurczu komór, podkreślając siły fizyczne biorące w tem udział i wiele innych, zasadniczych prawd fizjologicznych.

2. Omawiając zaburzenia w mechanizmie oddychania w przebiegu dychawicy oskrzelowej, autor podkreśla napięcie mięśni oddechowych dolnej części klatki piersiowej i brzucha, uważając to spostrzeżenie za własne, pisząc „nowa koncepcja" (str. 776, druga szpalta), przyczem pomija i lekceważy spostrzeżenia innych autorów („oderwane spostrzeżenia innych autorów"... str. 776, 777). Znajdują się o tem przecież bardzo wyraźne wzmianki zarówno u niektórych autorów dawnych, jak i w nowych podręcznikach (*Vide*: znakomity podręcznik polski Prof. W. Orłowskiego: Patologja i terapja szczegółowa chorób wewnętrznych. T. I. Str. 135, wydany na wiosnę roku 1933, oraz T. II. cz. 1. Str. 55 i 58 wydany na wiosnę 1934 r.) [1]). Przeprowadzenie dowodu na to, że zaburzenia te mają szczególne znaczenie w patogenezie napadu dychawicy, wymaga badań, których autor nie przeprowadził.

3. Dr. Świder nietylko jednak nie zna podstawowego piśmiennictwa polskiego (co jest chyba obowiązkiem piszącego po polsku!), ale przytacza je niezgodnie z brzmieniem tekstu.

---

[1]) Także i w mojej pracy p. t.: Kliniczne postacie rozedmy płuc i jej leczenie (P. Arch. Med. Wewn. T. X. Z 3. 1932) jest o tem mowa.

W tym wypadku ja padłem tego ofiarą. Dr. Świder pisze: „Po ukończeniu pracy niniejszej i zgłoszeniu jej na Zjazd zapoznałem się z monografją Z. Goreckiego: „O duszności“, w której na str. 139 wypowiada autor pogląd, że być może w zaburzeniach czynności oddechowej podczas napadu astmy odgrywa rolę napięcie mięśni kl. piersiowej (o mięśniach brzusznych i przeponie nie wspomina) a więc może należałoby przesunąć punkt zaczepienia rozważań ze skurczu mięśniówki oskrzelików na mięśnie oddechowe“.

W pracy tej, wydanej przed 7 laty (Księgarnia Naukowa, Lwów 1927), na stronie poprzedzającej powyżej cytowaną (na str. 138) czytamy następujący opis: „chora... „łapała powietrze“ kilkoma wdechami, między któremi nie było prawie wydechu i gdy jej klatka piersiowa była już rozszerzona *ad maximum*, nastąpiło długie usiłowanie wydechu, w czasie którego mięśnie wdechowe były napięte[2]). Chora czyniła wrażenie, że wydech jej to walka mięśni wydechowych zwłaszcza jamy brzusznej[3]) z mięśniami wdechowemi“. Dalej wymieniam autorów, którzy podobne spostrzeżenia opisywali (Morawitz, Dieulafoy, Sée, Wintrich) i przechodzę do dalszego omówienia roli odruchu Bräuera-Heringa, ośrodka oddechowego i t. d. Na obu wymienionych stronach jest zawsze i świadomie mowa o mięśniach wdechowych i wydechowych a nie o mięśniach kl. piersiowej, jak mi to przypisuje Dr. Świder. Obszerne piśmiennictwo (przeszło 80 prac), podane w powyższej monografji ułatwia zapoznanie się z poszczególnemi pracami.

Wreszcie pragnę podkreślić, że wszyscy witamy ze szczególną radością i uznaniem prace Kolegów z mniejszych ośrodków, gdzie warunki dla pracy naukowej są trudniejsze (brak bibliotek, pracowni, przyrządów), pragnęlibyśmy jednak, aby to, słusznie uprzywilejowane stanowisko, nie dawało powodu do nieistotnych zarzutów i rażących nieścisłości.

Przy tej sposobności należy też raz jeszcze wystąpić przeciwko niedocenianiu i nieuwzględnianiu rodzimego piśmiennictwa naukowego. Postępowanie takie nie jest godne wielkiego narodu, którym przecież jesteśmy.

WYKŁADY KLINICZNE.

Zdzisław SKIBIŃSKI. Zakopane.

Odma otrzewnowa i jej zastosowanie lecznicze.

Z Instytutu „B. Mussolini“, Kliniki Gruźlicy i Chorób Przewodu Oddech. Uniwersytetu Rzymskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. E. Morelli.

Odma otrzewnowa zrodziła się jako zabieg, który miał służyć do celów rozpoznawczych, do ułatwienia laparoskopji i lepszego uwidocznienia obrysów narządów jamy brzusznej przy radjoskopji. Później dopiero całkiem przypadkowo zauważono, że może służyć i do celów leczniczych. Na wstępie do tego zagadnienia, które — powiedzmy odrazu — jest jeszcze nierozwiązane, przytoczę najpierw nieco dat z historji odmy otrzewnowej.

Po raz pierwszy wykonał odmę otrzewnową w celach diagnostycznych Kelling w r. 1902, w Ameryce. W Niemczech w r. 1912 Lorey wprowadził gaz na miejsce płynu puchlinowego *(ascites)*, chcąc przeprowadzić laparoskopję przyrządem Jacobeusa. W r. 1913 Bainbridge polecał odmę otrzewnową dla uniknięcia szoku pooperacyjnego spowodu spadku ciśnienia po usunięciu z jamy brzusznej wielkich guzów i dla przeciwdziałania tworzeniu się zrostów. W latach następnych Rautenberg, Meyerbetz, Goetze, Schmieden, Steward, Stein i Niseggi wprowadzali gaz do otrzewnej celem uwidocznienia granicy przepony, wątroby, śledziony i żołądka przy badaniu rentgenowskiem. Technikę, wskazania i przeciwwskazania odmy otrzewnowej wypracował Alessandrini, który w latach między 1918 a 1928 zastosował ją w więcej niż 200 przypadkach dla celów rozpoznawczych.

Według Alessandriniego wskazania do odmy otrzewnowej stanowią przewlekłe sprawy w jamie brzusznej, w których zawiodło zwykłe badanie kliniczne, prześwietlaniem i endoskopowe, np. nowotwory żołądka, macicy, gruczołu międzykrocza, odbytnicy, przemieszczenia narządów i ich niedorozwoje, niejasne bóle brzuszne. Przedewszystkiem zaś odma otrzewnowa ma oddawać usługi, gdy chodzi o zorjentowanie się wśród zrostów otrzewnowych, zwłaszcza w okolicy podprzeponowej, odróżnienie procesów opłucnowych od otrzewnowych, stwierdzanie nowotworów, kilaków, torbieli i zmian marskich wątroby, zniekształceń nerek, jak np. nerka podkowiasta i t. p. Wreszcie najodpowiedniejszem polem do stosowania odmy otrzewnowej rozpoznawczej są sprawy, dotyczące narządów rodnych kobiecych.

Przeciwwskazaniami do odmy otrzewnowej spowodu niebezpieczeństwa przerwania zrostów według Alessandriniego są: ostre sprawy zapalne w jamie brzusznej, jak ropnie podprzeponowe, zapalenie wyrostka robaczkowego i woreczka żółciowego, dalej bębnica jelita cienkiego i wreszcie choroby serca spowodu obawy zwiększenia trudności dla oddechu i krążenia.

Pierwsze spostrzeżenia co do skuteczności odmy otrzewnowej, jako zabiegu leczniczego, w schorzeniach jamy brzusznej poczynił w r. 1913 Goldwin, który stwierdził znaczną poprawę w przebiegu gruźliczego wysiękowego zapalenia otrzewnej na skutek wprowadzenia tlenu do jamy otrzewnowej w celach rozpoznawczych. W r. 1922 udało się Steinowi wyleczyć wysiękowe zapalenie otrzewnej przy pomocy odmy otrzewnowej. Ogółem wprowadził on 4 l tlenu do otrzewnej. Stein uważał, że odma działa podobnie, jak laparotomja, po której zwykle następuje poprawa przy gruźliczem wysiękowem zapaleniu otrzewnej. Według Steina jest tylko ta różnica, że odmę można robić wielokrotnie, podczas gdy laparotomji nie powtarza się częściej, jak dwa razy. Korzystny wpływ w tych schorzeniach stwierdzało jeszcze wielu innych badaczy, jak Gilbert, Sante, Mattik, Partsch, Diroff, Ribadeau, Dumas, Collier i inni. Z naszych autorów, o ile wiem, stosował odmę otrzewnową w celach leczniczych Staroniewicz.

Do leczenia gruźlicy jelit odmę otrzewnową zastosował po raz pierwszy Zang w Ameryce. W r. 1931 Andrew i Banyai podali wyniki takiego leczenia w 44 przypadkach. W 14 przypadkach osiągnęli oni całkowite ustąpienie wszystkich objawów gruźlicy jelit, w 10 znaczną poprawę, w 2 pozostała nadal biegunka, w 13 nie stwierdzili żadnej zmiany na lepsze.

W tym samym roku Monaldi rozpoczął swe badania wraz z licznymi współpracownikami. Stwierdzali oni po założeniu odmy otrzewnowej natychmiastowe zmniejszanie się lub całkowite ustępowanie biegunek i bólów dzięki uspokajaniu się czynności ruchowej jelit (Sisti), dalej poprawę apetytu, trawienia i wzrost wagi ciała dzięki zwiększonemu wydzielaniu soków trawiennych (Cati). W mniejszym stopniu dotyczy to wydzielania kwasu solnego. W przypadkach, kończących się śmiercią spowodu dalszego postępu gruźlicy płuc, przy badaniu histologicznem (Besta) stwierdzano wyraźną dążność do oczyszczania się owrzodzeń i wytwarzania blizn. Według Omodei-Zoriniego wpływ odmy otrzewnowej zaznaczał się wyraźniej w gruźlicy krwiopochodnej, rozsianej, ze skąpem zajęciem płuc, w której przeważają zaburzenia jelitowe. Również i w niegruźliczych, przewlekłych nieżytach jelitowych osiągano wielką poprawę.

Co do działania odmy otrzewnowej, to Monaldi wpływ jej leczniczy odnosi do momentów mechanicznych, do zmniejszenia perystaltyki, utrzymania w spokoju schorzałych pętel jelitowych i zmniejszenia urazu, pochodzącego od nagłego przesuwania się treści jelitowej. Morelli dodaje do tego mechanizmu zniesienie urazu, jaki wywiera na narządy jamy brzusznej działanie ssące jamy opłucnowej. Że ciśnienie ujemne w opłucnej oddziaływuje poprzez przeponę na jamę otrzewnową, dowodzi tego nagromadzanie się powietrza pod przeponą przy odmie otrzewnowej. Działaniu temu ulegają narządy jamy brzusznej budowy zbitej, które doznają tylko przemieszczenia i zmiany swego położenia. Natomiast narządy, zawierające w swem wnętrzu gaz, jak żołądek i jelita, prócz przemieszczenia doznają jeszcze zmian kształtu i objętości. W warunkach patologicznych, kiedy zmiany marskie w płucu podnoszą ciśnienie ujemne w opłucnej, i w przypadkach wyrwania nerwu przeponowego, kiedy porażona przepona nie może przeciwstawiać się działaniu ssącemu płuc, zaburzenia w jamie brzusznej są znacznie większe. Prócz przemieszczenia narządów i rozdęcia ich, następują wtedy nienormalne pociągania i zaburzenia czynnościowe i nerwowe wszystkich trzewi brzusznych. Jeżeli dzieje się to przy gruźlicy jelit, to wszystkie te stany kompresji i dekompresji, które przenoszą się z klatki piersiowej na jelita, znajdujące się w stanie zapalenia i owrzodzenia, wywoływać muszą tem większe zaburzenia. Schorzałe jelita reagują wzmożoną perystaltyką. Prócz tego niestrawiona treść żołądkowa, przeszedłszy do jelit, podlega tam fermentacji, co znów ze swej strony przeszkadza leczeniu i przyczynia się do zatruwania organizmu. W tych wypadkach zastosowana odma otrzewnowa znosi działanie ssące płuca, ponieważ gaz, pośredniczący pomiędzy jamą klatki piersiowej a jamą brzuszną, łatwiej daje się zgniatać i rozciągać, aniżeli narządy jamy brzusznej, skutkiem czego działanie ssące płuca wyczerpie się i stłumi na tej warstwie gazu izolacyjnego. W ten sposób gaz nagromadzony pod przeponą chronić będzie od urazu trzewia brzuszne, podobnie jak to czyni gaz osłaniający płuco przy odmie opłucnowej.

---

[2]) Podkreślenia w oryginale.
[3]) Podkreślam obecnie.

Prócz gruźlicy otrzewnowej i gruźlicy jelit odma otrzewnowa znalazła zastosowanie, bez wątpienia o wiele skuteczniejsze, w wielkiej grupie zaburzeń, jakie powstają w następstwie zabiegów operacyjnych na klatce piersiowej po stronie lewej. Stało się to dzięki Morelli'emu i Monaldiemu, którzy umieli wyciągnąć logiczny wniosek ze swych poglądów na genezę tych zaburzeń. Ponieważ sprawy te mają wielkie znaczenie praktyczne, dlatego zatrzymamy się nieco dłużej nad niemi.

W piśmiennictwie spotyka się liczne opisy zaburzeń czynnościowych po wyrwaniu nerwu przeponowego (L. Bernard, Gauthier, Durante, Ballon, Wilson i Singer, Delore, Torelli, Cooper, Lichtenstein i wielu innych). Zwykle były to zaburzenia przemijające, o słabem nasileniu. Ale były i przypadki oporne, w których musiano uciekać się do poważnych zabiegów operacyjnych: gastro-gastrostomji lub gastroenterostomii (L. Bernard, Gauthier-Villars i Thoyer, Durante, Delore i Bonafe). Często zabiegi te kończyły się śmiercią. Jeszcze częstsze (50—70%) są zaburzenia po torakoplastyce lewostronnej spowodu porażenia przepony i wycięcia żeber.

Zaburzenia te dotyczą narządów brzusznych i narządów klatki piersiowej: płuc i serca. Zaburzenia czynności serca, znane pod nazwą zespołu gastrokardjalnego Romhelda, jako rzadsze, będą tu pominięte. Zajmiemy się natomiast zaburzeniami najczęstszemi, które Monaldi dzieli na zespół żołądkowy, oddechowy i mieszany żołądkowo-oddechowy.

Wśród zespołu żołądkowego postać najłagodniejsza przedstawia się jako ból w dołku podsercowym, rozlany na większej przestrzeni, który po przyjęciu pokarmu nasila się aż do napadu z towarzyszącemi mu nudnościami, uczuciem pełności, pobudzeniem do wymiotów. Objawy te utrzymują się zwykle około 2 tygodni po operacji. Specjalnego leczenia nie wymagają.

Druga postać zespołu żołądkowego charakteryzuje się zaburzeniami trawienia i odżywienia. Występuje wstręt do jedzenia, wymioty, odbijania i uczucie ciężkości. Ból jest albo nieobecny albo zjawia się pod postacią napadów podczas jedzenia lub w czasie trawienia. Chorzy wolą zajmować położenie poziome, aniżeli pionowe, w którem objawy te wzmagają się.

Trzecia postać objawów odznacza się zaburzeniami podobnemi do zaburzeń, które towarzyszą zwężeniu odźwiernika. Są to napady bólów kurczowych, wymioty, niedające się powstrzymać, uczucie rwania w żołądku, brak apetytu, nudności i odbijania. Te przypadki wymagają koniecznie leczenia.

Wśród zespołu objawów oddechowych Monaldi rozróżnia 2 postacie. Jedna charakteryzuje się kaszlem, zjawiającym się po przyjęciu pokarmu, w okresie trawienia i w nocy. Kaszel ten przychodzi bez potrzeby odpluwania. Wykrztusina jest śluzowa, zmieszana ze śliną. Drugi rodzaj zaburzeń oddechowych, to duszności, niekiedy słabsze, niekiedy silniejsze, oddech bardzo przyśpieszony i powierzchowny, przyczem obie fazy oddechowe są równe. Niema więc przeszkody dla fazy wdechowej i wydechowej. Czasami duszność ta zjawia się pod postacią napadów astmatycznych.

Zespoły mieszane żołądkowo-oddechowe są bardzo częste. Są to napady kaszlu, bardzo gwałtowne, bez towarzyszącego im wypluwania. Najczęściej wzbudzają je zaburzenia żołądkowe. Kiedyindziej znów są to stany dusznościowe z utrudnieniem oddechu lub zwiększeniem jego częstości, pomimo że wymiana gazowa jest prawidłowa i drożność oskrzeli jest zachowana. Przebiegają one równolegle z zaburzeniami żołądkowemi. W piśmiennictwie znajdują się tylko drobne wzmianki o zaburzeniach oddechu przy kryzach gastrycznych (Pigorini, Torelli).

W instytucie „B. Mussolini" zaburzenia oddechowe o charakterze napadowym, astmatycznym były leczone środkami przeciwskurczowemi: adrenaliną i alkaloidami makowca. Wszystkie inne natomiast zaburzenia pooperacyjne, natury poważniejszej, były leczone zapomocą odmy otrzewnowej. We wszystkich przypadkach wynik był natychmiastowy i zupełny. W kilku przypadkach wystarczało jednorazowe wprowadzenie gazu, t. j. 350 cm^3 tlenu. W innych wypadkach było potrzebne blisko dwumiesięczne leczenie. Dopełnień dokonywano często podczas napadów żołądkowych lub oddechowych i wtedy stwierdzano ustępowanie zaburzeń do 10 min.

Aby zrozumieć mechanizm działania odmy otrzewnowej w tych razach, musimy się wprzód zastanowić nieco dłużej nad patogenezą wymienionych zaburzeń pooperacyjnych. Pod tym względem zapatrywania różnych autorów różnią się bardzo między sobą. Ci autorzy, którzy przyczyny zaburzeń dopatrywali się w zrostach i zapaleniach dookoła żołądka z okresu poprzedzającego zabieg operacyjny, uciekać się musieli do poważnych operacyj takich, jak gastrogastrostomja i gastroenterostomja (L. Bernard, Gauthier-Villars i Thoyer, Delore i Bonafe). W przypadku Durante rzeczywiście stwierdzono zwężenie części odźwiernikowej żołądka spowodu napięcia więzadła wątrobowo-dwunastnicowego na skutek wyrwania nerwu przeponowego po stronie prawej.

Inni znów autorzy przyjmują przyczyny mechaniczne, jak przemieszczenie i zniekształcenie żołądka i zniesienie ruchów przepony. Inni wreszcie przyjmują przyczyny nerwowe, które sprowadzałyby się albo do przecięcia nerwów, przebiegających wraz z nerwem przeponowym do żołądka, albo do pociągania nerwów przez wznoszący się do góry żołądek. Inni wreszcie główną przyczynę zaburzeń widzą w uniesieniu przepony, w ruchach paradoksalnych, które udzielają się żołądkowi i jego treści, jak również w zmianach jego położenia i kształtu.

Według Monaldiego wszystkie te przyczyny nie mogą być *primum movens*. Pierwszą przyczyną według niego jest zaburzenie równowagi układu nerwowego autonomicznego spowodu zmienionych stosunków wzajemnych pomiędzy klatką piersiową i jamą brzuszną. Że odgrywa tu rolę układ nerwowy mimowolny, to wynika z okresowego pojawiania się objawów i niezależnie od potrzeb organizmu. Kaszel nie jest wywołany potrzebą odkrztuszania, a duszność potrzebą poprawy wymiany gazowej lub niedomogą sercowo-naczyniową. Taksamo i zaburzenia żołądkowe występują często niezależnie od trawienia, np. w nocy, kiedy system autonomiczny najłatwiej może być wyprowadzony z równowagi.

Można brać pod uwagę rozmaite czynniki, które składają się na wytworzenie stanu chwiejności układu nerwowego, jak np.: zmiana położenia żołądka, jego kształtu i objętości, pociąganie i rozdymanie części wpustowej żołądka, ruchy paradoksalne przepony i t. p. Według Monaldiego i Morelli'ego najważniejszym czynnikiem jest działanie ssące płuca, które występuje tem silniej, im większą zdolność kurczenia się okazuje płuco spowodu procesu bliznowacenia, i następnie spowodu porażenia przepony, która stanowi rodzaj barjery pomiędzy obiema jamami.

W warunkach fizjologicznych obie jamy zachowywać mogą względną autonomję Gdy jednak na skutek zabiegów operacyjnych nastąpi zwichnięcie równowagi statyczno-dynamicznej pomiędzy niemi, wtedy działanie ssące płuca bez przeszkody ze strony przepony oddziaływać będzie na trzewia brzuszne. O ile wpływ ten dotyczy narządów o budowie zbitej, to ulegnie zmianie tylko ich położenie. O ile zaś dotyczy narządów jamistych, to nastąpi prócz tego zmiana ich kształtu i objętości. Zjawiają się nienormalne rozdymania i pociągania tych narządów, występują zmiany w napięciu włókien mięsnych i w pobudliwości nerwów, zaopatrujących narządy jamy brzusznej. W ten sposób powstaje chwiejna równowaga, którą zwichnąć mogą łatwo już nawet bodźce fizjologiczne. Niewiadomem pozostaje tylko, dlaczego raz tego rodzaju zaburzenia są natury żołądkowej, innym zaś razem dotyczą czynności oddechowej. Związki nerwowe i czynnościowe jakie istnieją pomiędzy narządami jamy brzusznej i jamy klatki piersiowej, nie są jeszcze zbadane.

Jeżeli taką jest patogeneza zaburzeń czynnościowych w następstwie zabiegów operacyjnych na klatce piersiowej po stronie lewej, to musiało być logicznem i musiało się okazać skutecznem leczenie tych zaburzeń przy pomocy odmy otrzewnowej. Powietrze, wprowadzone przy tem leczeniu do otrzewnej, nagromadza się pod przeponą i kompensować może działanie ssące płuca. W ten sposób zostaje przywróconą prawidłowa równowaga pomiędzy jamą brzuszną i klatką piersiową. Żołądek uwolniony od działania ciśnienia ujemnego, które udzielało się mu z klatki piersiowej, posiada teraz prawidłowe napięcie i *tonus* w swych włóknach mięsnych i nerwowych. Te zaś bodźce, które nadal działają spowodu utrzymujących się nienormalnych stosunków statycznych pomiędzy klatką piersiową i jamą brzuszną, pozostają obecnie, jak w warunkach prawidłowych bez odpowiedzi. Również i bodźce dynamiczne, jak ruchy oddechowe klatki, ruch powłok brzusznych i ruchy paradoksalne przepony, nie wywołują obecnie zaburzeń, gdyż ruchy te nie oddziaływują więcej na narządy brzuszne, lecz na gaz, umieszczony między niemi.

Gdy sczasem płuco dojdzie do stanu całkowitego odprężenia, to pomimo że narządy jamy brzusznej zajmują nadal położenie nieprawidłowe, wszystkie jednak zaburzenia ustają, ponieważ brak teraz czynnika zasadniczego, którym jest działanie ssące płuca

Od siebie dodam, że powyższe tłumaczenie nie jest przekonywującem. Jeżeliby rzeczywiście działanie ssące płuca miało odgrywać rolę najważniejszą, to zaburzenia powinny być cięższe przy zwyczajnem porażeniu przepony, aniżeli przy jednoczesnem wyrwaniu nerwu przeponowego i wycięciu kilku żeber, kiedy to ciśnienie ujemne w opłucnej znacznie więcej

spada, niż w pierwszym wypadku. Tymczasem większe zaburzenia znajduje się właśnie w tych przypadkach, kiedy działanie ssące płuca, którego wyrazem jest ciśnienie ujemne w jamie opłucnowej, jest małe, t. j. po zabiegach, obejmujących równocześnie przeponę i ścianę klatki. Następnie, jak wiadomo, zaburzenia są tem większe, im wyżej uniesioną jest przepona, a wtedy przecież działanie ssące płuca jest znacznie mniejsze, niż przy rozpoczynającym się zapadzie płuca.

Rozpatrzmy to na przykładzie. Mamy płuco całkiem zapadłe i zwłókniałe. Porażona przepona i zoperowana ściana klatki przylegają doń bezpośrednio. Działanie ssące jest wtedy równe zeru. Gdybyśmy jednak chcieli oddalić przeponę albo ścianę klatki od tego płuca, to nam się to nie uda, gdyż płuco nie jest zdolne do rozszerzania się. Stoi temu na przeszkodzie siła, która nie pozwala na powstanie próżni. Fakt więc wysokiego ustawienia przepony nie zawsze dowodzić musi wielkiej siły ssącej ze strony płuca. Mógłby jednak kto powiedzieć, że wybraliśmy przykład, który przedstawia fazę końcową, kiedy działanie ssące już zanikło, że natomiast sam proces wznoszenia się przepony do góry jest dziełem działania ssącego ze strony płuc. Otóż równie dobrze, jak wpływ płuca, także i ciśnienie dodatnie jamy otrzewnowej może odgrywać rolę przy wznoszeniu się przepony do góry

Zaburzenia po wspomnianych zabiegach operacyjnych mogą być spowodowane niemożnością odczepienia się żołądka i sąsiednich narządów od przepony, która spowodu porażenia ulega łatwo przemieszczeniu ku górze, często bez udziału działania ssącego ze strony płuc. Wprowadzenie gazu do otrzewnej nie może mieć znaczenia wyłącznie tylko czynnika, kompensującego wpływ płuc, lecz również może odgrywać rolę czynnika, który odkleja narządy jamy brzusznej od przepony i umożliwia im powrót do położenia prawidłowego. Co się zaś tyczy uspokojenia się i przechodzenia tych zaburzeń czynnościowych pooperacyjnych, to tłumaczyć się to może więcej przystosowaniem się narządów brzusznych do nowego położenia, aniżeli ustaniem działania ssącego ze strony płuc.

Faktem jednak pozostaje, że bez względu na mechanizm, odma otrzewnowa we wszystkich tych zaburzeniach wywiera działanie nadzwyczajne. Przytoczę kilka przykładów.

Widziałem przypadki, kiedy zaburzenia żołądkowe były tak znaczne, że chorzy nie mogli całkiem odżywiać się i po jednem wprowadzeniu gazu wszystkie objawy znikały. Jest to tem bardziej podkreślenia godne, że niektórzy autorzy musieli w takich razach poddawać chorych ciężkim operacjom, kończącym się nieraz śmiercią.

Kilka przypadków zrobiło na mnie szczególnie silne wrażenie. Na moim oddziele znajdowała się chora, cierpiąca od długiego czasu na uporczywy kaszel, który ją rozstrajał całkowicie nerwowo, pomimo że w płucu nie znajdowaliśmy żadnych zmian chorobowych. Ponieważ chora podała, że w pozycji leżącej kaszel traci, zastosowaliśmy odmę otrzewnową, po której kaszel znikł i to na stałe. W innym znów przypadku chora cierpiała na napady duszności astmoidalnej, które tylko odma otrzewnowa była w stanie usuwać. Aby wykluczyć sugestję, zrobiliśmy pewnego razu samo tylko nakłucie powłok bez wprowadzenia gazu. Przeszło 10 min i 1/2 godz., a napad nie mijał. Musieliśmy wobec tego ponownie nakłuć powłoki i wprowadzić gaz. Wtedy napad ustał zaraz. I jeszcze jeden przykład: U pewnego osobnika zdrowego wywołaliśmy rozdęcie żołądka przy pomocy węglanu sodu i kwasku cytrynowego. Zjawiły się wtedy trudności w oddychaniu i duszność. Po wprowadzeniu gazu do otrzewnej duszność ustąpiła, jakkolwiek żołądek był nadal rozdęty.

Co do techniki zakładania odmy otrzewnowej, to jest ona bardzo prostą i łatwą. Igłę wkłuwa się mniejwięcej w połowie odległości między pępkiem a kolcem biodrowym przednim górnym *(spin. iliac. ant. sup.)* po stronie lewej. Należy uważać, aby nie było w tem miejscu większej bębnicy lub grud kałowych. Przy zakładaniu pierwszej odmy lepiej jest znieczulić powłoki przy pomocy nowokainy. Do dopełnień następnych wystarczającem jest znieczulenie chlorkiem etylu. Igła powinna być dość gruba, krótko ścięta, taka, jakiej się używa do odmy opłucnowej. Przebicie otrzewnej daje się wyczuć wyraźnie. Przed rozpoczęciem wpuszczania gazu należy się upewnić przy pomocy mandryna, że igła nie tkwi w naczyniu krwionośnem. Gaz wprowadza się pod ciśnieniem hydrostatycznem słupa cieczy w aparacie odmowym. Pod koniec, kiedy ciśnienie w naczyniu zmniejsza się, można sobie pomóc, naciskając lekko pompkę gumową. Badanie manometrem ciśnienia w jamie otrzewnowej nie ma znaczenia. Zawsze stwierdza się ciśnienie dodatnie, które wzrasta przy wdechu a zmniejsza się przy wydechu. Gaz wprowadzany do otrzewnej powinien być przepuszczany przez wyjałowioną gazę. Jako gazu używa się zwykle tlenu, jakkolwiek działanie odmy nie zależy od tlenu. Tlen jest jednak mniej niebezpieczny ze względu na zatory gazowe. Ilość gazu, jaką się wprowadza jednorazowo, wynosi około 250—350 cm³. Częstość dopełnień zależy od przebiegu klinicznego. Zwykle w pierwszych 3 miesiącach dopełnienia robi się co tydzień, później co 15—20 dni. W przypadkach gruźlicy jelit odmę należy stosować conajmniej przez 6—8 miesięcy.

Po pierwszem wprowadzeniu gazu chory ma uczucie czegoś obcego we wnętrzu brzucha. Przy większych ilościach gazu zjawia się uczucie rozdęcia w obu podżebrzach i trudności oddechania. Przy dalszych dopełnianiach chorzy czują się dobrze, a gdy gaz się wchłania, doznają uczucia próżni w brzuchu. Jeżeli ciśnienie w podżebrzach jest zbyt wielkie, to można choremu przynieść ulgę, podnosząc łóżko w nogach.

W badaniu przedmiotowem po wprowadzeniu gazu stwierdzić można wypukiem zanik stłumienia wątroby i śledziony, radjologicznie zaś pasek wolnej przestrzeni między przeponą a wątrobą i żołądkiem.

Co do powikłań, to w instytucie „B. Mussolini" nie miano nigdy żadnych powikłań. Raz tylko wystąpiła rozedma podskórna, która sięgnęła aż do worka mosznowego. Nigdy nie spostrzegano wysięków otrzewnowych lub zrostów po zakończeniu leczenia odmowego. Obawa przebicia naczyń, np. *art. epigastrica*, jest małą, ponieważ tętnica usuwa się zawsze przed igłą niezbyt ostrą. Przekłucia żołądka albo jelit niezmienionych chorobowo nie są niebezpieczne i pozatem rzadko są do pomyślenia, ponieważ ściana tych narządów usuwa się odruchowo przy zetknięciu z ostrzem igły. Joseph opisał przypadek zatoru gazowego przy odmie otrzewnowej, który skończył się śmiercią. Osobnik, którego ten los spotkał, był bardzo wychudzony i miał lordozę lumbalną. Igła przebiła *v. hypogastr.* Częściej zdarzać się mogą rozedmy podskórne. Niektórzy autorzy spostrzegali dość przykry ból barku u chorych, przy zamianie postawy leżącej na siedzącą lub stojącą. Może nawet przyjść do zapadu.

Piśmiennictwo:

1) Giacalone S.: Trattamento della tubercolosi intestinale col pneumoperitoneo. Tesi di speciallizzazione. — 2) Monaldi V.: Sulla tubercolosi intestinale. Trattamento con pneumoperitoneo. Lott. c. tuberc., nr. 6, 1933. — 3) Monaldi V.: Perturbamenti funz. sussequenti ad interventi sull'emitorace sin. Loro trattamento. Convegno Veneta. 1934.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Z. DZIEMBOWSKI. Bydgoszcz.

XLIII Kongres Chirurgów Francuskich.

W dniach od 8—14 października b. r. odbył się w Paryżu doroczny — a 43 zrzędu Kongres chirurgów francuskich, — który jak w inne lata, tak też i tym razem zgromadził nader liczny zastęp uczonych również i z poza granic Francji. Obecnych było wielu chirurgów z państw Małej Ententy, Hiszpanji, Anglji, Ameryki, Włoch, Polski i wielu innych, a w szczególności podkreślić należy obecność chirurgów z Rzeszy Niemieckiej, z których dwóch, a mianowicie prof. Frei (Berlin) i Laewen (Królewiec), uczestniczyło w charakterze zaproszonych prelegentów i znawców omawianych tematów. W takim samym charakterze uczestniczyli po raz pierwszy w ubiegłym roku uczeni austrjaccy Mandl i Finsterer. Jeśli się bardzo nie mylę, to po raz pierwszy uczeni niemieccy uczestniczyli jako zaproszeni goście w zjeździe chirurgów francuskich.

Jeśli o ogólną frekwencję chodzi, to nie miałem wrażenia, ani tym razem, ani też w ostatnich latach wogóle, by zmniejszyła się ona znacznie. Również nie dało się zauważyć zmniejszenia zainteresowania obradami zjazdu lub obniżenia jego poziomu naukowego, które to czynniki niekiedy w ostatnich czasach niestety zaznaczają się i odbijają ujemnie na imprezach naukowych. Jedynie zamach w Marsylji, który wstrząsnął duszą całego narodu francuskiego, a którego dokonano w drugi dzień zjazdu, skierował myśli uczestników kongresu w innym kierunku — conajmniej przejściowo.

Pierwszym tematem programowym zjazdu była sprawa t. zw. *choroby Nicolas-Favre (rectites proliférantes et sténosantes)*,

którą zreferowali Gatellier (Paryż) i Weiss (Strassburg), omawiając etjologię, patologię, symptomatologię, rozpoznawanie i leczenie rzadkich tych schorzeń. Na szczególną wzmiankę zasługuje tu przemówienie prof. Frei'a z Berlina, który omówił w dyskusyjnem przemówieniu (jak już wspomniałem w charakterze zaproszonego przez Kongres znawcy) znaczenie reakcji Frei'a dla rozpoznawania omawianej sprawy, a zwłaszcza dla rozpoznawania różniczkowego i odróżniania jej od raka prostnicy. Dyskusja była wprawdzie ożywiona i obszerna, naogół jednak mówiono, zwłaszcza między sobą, że temat niezbyt szczęśliwie był — jak na kongres chirurgów — obrany, bo przecież ingerencja chirurgiczna niewielką odgrywa tu rolę, pominąwszy zabiegi odciążające jak odbyt sztuczny, a leczenie jest zachowawczem.

Podobnie rzecz miała się i z drugim jeszcze tematem programowym, którym była *chirurgja nadnerczy;* rzecz pod względem naukowym nadzwyczaj ciekawa, interesująca oczywiście nietylko anatomów, fizjologów i teorją medycyny oraz doświadczalną jej stroną zajmujących się naukowców ale też oczywiście i klinicystów, bodaj nadająca się jednak mimo to do omawiania właśnie w gronie bądźcobądź tak praktycznie leczniczo myślących lekarzy — jakimi są chirurdzy. Bardzo ciekawe referaty przedłożyli i wygłosili na ten temat Leibovici (Paryż) i Stricker (Miluza), bardzo też ciekawą była dyskusja zwłaszcza pod względem naukowym, mimo to jednak pod względem czysto praktycznym nie mogła ona mieć za wynik innych konkluzyj jak to, że wprawdzie zabiegi na nadnerczach wykonane, a w szczególności wycięcie lub operacyjne zmniejszenie tego narządu w sprawach chorobowych, wywołanych wzmożeniem napięcia w układzie współczulnym, dają czasem wyniki dobre, nie mogą jednak współzawodniczyć z postępami leczenia zachowawczego w tej dziedzinie.

Trzeci temat programowy natomiast, a mianowicie *leczenie chirurgiczne ropnych zapaleń stawu kolanowego* był pod względem praktycznym o wiele więcej cennym dla ogółu uczestników. Referentami byli Huet (Paryż) i Fourmestreaux (Chartres). Najciekawszy moment w dyskusji stanowiło zagadnienie, czy wcześnie przystąpić należy do wykonywania ruchów, względnie czy wogóle zaniechać unieruchomienia zapomocą szyn lub opatrunku gipsowego i kazać choremu zaraz po odpuszczeniu ropy zapomocą nacięcia wykonywać czynne ruchy (metoda Willems'a), lub czy też trzymać się zasady unieruchomienia zupełnego przez dłuższy czas. Naogół referenci i mówcy w dyskusji przemawiający zajmowali stanowisko niesprzeciwiające się ani jednej ani drugiej zasadzie. Tam gdzie chodzi tylko o *synovitis purulenta* wzgl. *empyema* w przedniej partji stawu kolanowego — bez ropowicy torebki stawowej obejmującej torebkę całego stawu z uchyłkami włącznie *(panarthritis)* i połączonej na skutek równoczesnej *„osteoarthritis"* z destrukcją powierzchni chrząstkowych, tam wczesne zastosowanie ruchów — oczywiście tylko czynnych — może się na coś przydać. Jednak w przypadkach ciężkich, gdy mamy ostatnio wyliczone poważne zmiany t. j. ropowicę torebki, *panarthritis* i *osteoarthritis genus,* wówczas nie obejdzie się bez zupełnego unieruchomienia, które tu stanowi cenny czynnik leczniczy. W tych razach oczywiście nie wystarczy też odpuszczanie ropy zapomocą nakłuwania lub zwykłego nacinania, należy przystępować do szerokiego otwarcia i drenowania stawu *(arthrotomie élargie)* lub nawet wycięcia *(arthrectomie).* Prof. Laewen (Królewiec), jako zaproszony znawca przedstawił znaczenie wykonywanej przezeń operacji stanowiącej zabieg pośredni pomiędzy artrotomją a artrektomją, umożliwiający eliminowanie ognisk zapalnych i ropnych i drenowanie taksamo doskonałe, jak zapomocą wycięcia stawu całkowitego, a niedoprowadzający mimo to (gdyż resekowane zostają tylko kłykcie kości udowej w tylnej części) do unieruchomienia i skrócenia tak znacznego, jak po resekcji zwykłej. Leczeniu zapomocą szczepionek, surowic, bakterjofagów i t. p. nie przypisywał nikt z mówców większego znaczenia.

Wykłady na tematy dowolne obejmowały wszelkie dziedziny chirurgii. W dziedzinie chirurgji przewodu pokarmowego poświęconych było kilka wykładów rozpoznawaniu i leczeniu spraw chorobowych przełyku, w szczególności wziernikowaniu przełyku i zabiegom wytwórczym (Oliani z Triestu). W sprawie widoków leczniczych w dziedzinie endokrynologji, a w szczególności w sprawie możliwości i szans przeszczepiania gruczołów dokrewnych ze zwierząt na człowieka mówili Dartigues i Kfouri.

Judet, Verbrugge, Chalier, Roederer i Calot wygłosili referaty z dziedziny postępów chirurgii w leczeniu złamań, a w szczególności złamań szyjki udowej, podając wskazówki celem polepszenia wyników, jest to sprawa, która stale zajmuje umysły chirurgów i ortopedów. O kwestji znieczulenia mówili Mayer, Jentzer, Grenade, Perrin; dość wiele uwagi poświęcono znieczuleniu zapomocą dożylnych zastrzyków ewipanu. Osobiście referowałem o wynikach leczenia ran i oparzeń zapomocą opatrunków z maścią zawierającą tran, długo bez zmiany na ranie pozostawionych, o której to sprawie pisałem też w piśmiennictwie polskiem.

Na wzmiankę zasługuje specjalne posiedzenie poświęcone pokazom wyświetlanym, a w szczególności pokazom z dziedziny kinematografji. Wyświetlono szereg filmów demonstrujących różne zabiegi operacyjne z dziedzin różnych, m. i. też operacje kosmetyczne (Dartigues) na piersi, przetaczanie krwi specjalnym przyrządem (Beccart) i t. d.

Jak zawsze posiedzenia odbywały się popołudniu, przedpołudnie pozostawiono kongresistom wolne, umożliwiając im w ten sposób zwiedzanie szpitali *(visite dans les hôpitaux).* W szeregu szpitali odbywały się niemal codziennie seanse operacyjne, toteż miało się okazję przyglądania operacjom wykonywanym przez wybitnych operatorów paryskich. Jest to właśnie zaletą zjazdu francuskiego, że daje ku temu sposobność i nie przeciąża uczestników zbyt wielką ilością wykładów teoretycznych.

Towarzyska część zjazdu ucierpiała wskutek tragedji w Marsylji, odwołano bowiem na znak żałoby tradycyjny bankiet. Natomiast mieli uczestnicy zjazdu sposobność, z której też skorzystać nie omieszkałem, zwiedzenia Londynu i m. i. też szpitali londyńskich, gdyż jedno z biur podróży paryskich zajmujące się turystyczną stroną kongresów lekarskich zorganizowało wycieczkę specjalną do Londynu. Zwiedzanie szpitali było dobrze zorganizowane, zwłaszcza pod względem lingwistycznym, co podkreślić wypada, gdyż obecność tłumacza umożliwiała dobre zrozumienie informacyj, udzielanych przez oprowadzających lekarzy szpitalnych i pozwalała stawiać pytania i otrzymywać zrozumiałe odpowiedzi.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 21. 1934. Gantkowski P.: Z pobytu i pracy Roberta Kocha na polskiej ziemi od r. 1869—1880. — Bajoński: Stosunek wyrostka robaczkowego do narządów rodnych kobiety. — Fenczyn J. i Kulig Z.: Uwagi krytyczne w sprawie leczenia odmą piersiową. — Sosin J.: Mnogie guzy włókniakowo-mięśniakowe płuc. — Strzyżewska W.: Rozprzestrzenienie owsicy wśród dzieci w jednej z prywatnych szkół miasta Poznania. — Leński M.: Przypadek zgorzeli płuc prawdopodobnie po septycznem poronieniu.

Medycyna. Nr. 20. 1934. Słonimski P.: W stuletnią rocznicę urodzin Henryka Fryderyka Hoyera. — Grott J.: Żółtaczka „karotynowa". — Fiszhautówna L.: Wyniki leczenia atropiną w wysokich dawkach zespołów i objawów pozapiramidowych. — Korszyński P.: Próby leczenia zakażenia połogowego zapomocą przetaczania krwi.

Therapia Nova. Nr. 10. 1934. Żurakowski S.: Stan obecny zagadnienia reaktywacji t. zw. odmładzania organizmu (dok.). — Nusbaum M.: Otyłość i jej leczenie w świetle nowoczesnych badań.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 21. 1934. W. S.: O uspołecznienie instytucyj ubezpieczeń społecznych. — Mergel W.: Ubezpieczenia chorobowe w Litwie. — Duhamel G.: Wybujałość etatyzmu a odpowiedzialność medycyny.

Życie Dziecka. Nr. 9. 1934. Tarnowska W.: Warszawa dziecku opuszczonemu. — Friedländerowa L.: Moralność w grupie dziecięcej.

Przemysł Chemiczny. Nr. 8—9. 1934. Heller W.: Ustalenie najekonomiczniejszych warunków prowadzenia fermentacji w drożdżowni. — Kraszewski W., Pergamentówna F. i Blochówna D.: Sorbit w niektórych owocach i winach owocowych krajowych. — Likiernik A.: Nowoczesne sposoby kwaśnego rozkładu fosforytów.

Patologja. Z. 1. 1934. Moon V. H.: Geograficzne wahania w częstości marskości wątroby. — Škorpil F.: Histopathogenesa inguinálního lymfogranulomu. — Stöckl E.: Opis młodego jaja płodowego, uzyskanego przy poronieniu. — Bross K.: Międzynarodowe Towarzystwo Patologji Geograficznej.

OCENY.

Médecine et éducation. (Medycyna i wychowanie). G. MOURIQUAND, M. PÉHU, P. BERTOYE, J. BARBIER, P. VIGNARD, P. MAZEL, ABBÉ MONCHANIN, R. P. CHARMOT, P. D'ESPINEY (Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques). Lavandier, Lyon 1934.

Książka ta przeznaczona jest raczej dla wychowawców a nawet dla średnio wykształconych niefachowców i poucza o zachowaniu się w różnych okresach życia dziecka. Przeniknięta jest duchem naukowym i duchem zdrowego optymizmu. Szczególnie na uwagę zasługują rozdziały traktujące o zależności charakteru od zdrowia i kultury fizycznej to jest od zajęć i wychowania. Rozdział osobny poświęcony jest życiu płciowemu, przyczem teorje F r e u d'a poddane są słusznej i dosadnej krytyce. Poszczególne oddziały traktują o odruchach umówionych, czy warunkowanych P a w ł o w a i roli ich w wychowywaniu dziecka. Psychika dziecka szczególnie dzieci tak zwanych nerwowych traktowana jest z wzorową trzeźwością i zrozumieniem. Osobny rozdział poświęcony jest sprawie przeciwspołecznych instynktów i przestępczym skłonnościom dziecka. Ostatni rozdział zajmuje się mądrością, zdrowiem i świętością, które zdaniem autora są ściśle z sobą związane. Książkę tę można gorąco polecić wszystkim, którym dobro i zdrowie przyszłych pokoleń na sercu leży.

W. Moraczewski (Lwów).

Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten (Diagnostyka i terapja chorób dziecięcych). 8 wyd. Prof. Dr. F. LUST. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien 1934, str. 573, RM 10 (bez oprawy).

W 1918 r. ukazało się pierwsze wydanie „Diagnostyki i terapji chorób dziecięcych" F. Lusta. W ciągu 12 lat książka doczekała się ośmiu wydań, z których ostatnie, ósme, autor na nowo przerobił zgodnie z najnowszemi zdobyczami nauki o chorobach dziecięcych. Już sama liczba wydań świadczy, że książka cieszy się dobrą opinją wśród czytelników.

Diagnostyka i terapja chorób dziecięcych nie jest podręcznikiem do nauki pedjatrji, sam autor zaznacza, że przeznacza swoją książkę do użytku lekarza praktycznego. Przy opisie jednostek chorobowych autor wymienia tylko najważniejsze cechy charakterystyczne chorobowe i umieszcza zaledwie krótkie wzmianki dotyczące diagnostyki różniczkowej. Szczegółowiej natomiast zajmuje się leczeniem, i to zarówno dietetyką, jak terapją fizykalną oraz leczeniem farmakologicznem.

Na początku pierwszej części znajdują się krótkie uwagi o rozwoju fizjologicznym dziecka oraz o pielęgnacji i odżywianiu zdrowego noworodka i niemowlęcia. Przy omawianiu sposobów odżywiania niemowląt zdrowych i chorych autor opiera się na doświadczeniach głównie autorów niemieckich (Czerny, Finkelstein, Kleinschmidt, Keller i inni), z austrjackich autorów wymieniany jest częściej Moll, natomiast systemu odżywiania Pirqueta autor nie uwzględnia. Przy zaburzeniach odżywiania oraz przy chorobach gorączkowych u niemowląt i u dzieci małych autor jest zwolennikiem diety stosunkowo bogatej w białko z pewnem ograniczeniem cukru.

Poszczególne działy patologji wieku dziecięcego omawia autor jasno i zrozumiale, aczkolwiek bardzo zwięźle. Stosunkowo więcej miejsca poświęca chorobom nerwowym i ostrym sprawom zakaźnym. Rozdziały o gruźlicy i kile są dość krótkie. Niewiele miejsca przypadło w udziale chorobom układu krążenia, nieco szczegółowiej zajmuje się autor patologją narządów trawienia i oddychania. Dobrze są opracowane zmiany patologiczne układu moczowo-płciowego oraz częściej spotykane u dzieci choroby skóry.

Najwięcej miejsca poświęca autor lecznictwu. Nietylko, że w każdym rozdziale o poszczególnych sprawach chorobowych znajduje się dosyć dużo wskazówek terapeutycznych, ale cały większy rozdział (31 stronic) w części pierwszej książki jest poświęcony technice terapeutycznej. Autor omawia technikę naświetlań, zastrzyków, wziewań, nakłuć, wodolecznictwa i t. p.

Tematem drugiej części książki jest głównie lecznictwo farmakologiczne (128 stronic). Autor omawia podstawy dawkowania lekarstw w wieku dziecięcym, sposoby przepisywania i podawania lekarstw dzieciom. Następnie wyszczególnia około 1400 środków leczniczych: środków aptecznych, specyfików gotowych, pokarmów leczniczych. Podaje także przepisy na przyrządzanie pewnych potraw oraz zestawia niektóre diety lecznicze. Przy każdym leku są wymienione dawki odpowiednie dla dzieci w różnym wieku (dla niemowląt, dzieci małych oraz dzieci w wieku szkolnym), sposób podawania leku oraz przypadki, w jakich należy dany środek leczniczy stosować. Dział lecznictwa jest szczególnie starannie opracowany i może przynieść dużo korzyści lekarzowi praktykowi. Oczywiście jednak należy brać pod uwagę, że książka F. Lusta jest przeznaczona przedewszystkiem dla stosunków niemieckich i zawiera najwięcej danych, dotyczących specyfików niemieckich. Praktyk polski powinien pamiętać, że wiele preparatów farmaceutycznych obcych ma zupełnie równowartościowe odpowiedniki wyrobu krajowego, niektóre zaś leki nie są dopuszczone do wwozu. W każdym jednak razie część terapeutyczna książki może oddać lekarzowi cenne usługi, zwłaszcza że autor wypróbował sam działanie znacznej większości leków.

„Diagnostyka i terapja chorób dziecięcych" prof. Lusta należy do książek wartościowych i zasługujących na uwagę. Lekarze polscy zresztą już dawniej interesowali się tą książką, o czem świadczy istniejący polski przekład 7-ego wydania.

Dr. H. Wasilkowska-Krukowska (Lwów).

Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine. (Zagadnienia teoretyczne i praktyczne przetaczania krwi). A. TZANCK. Masson, Paris 1934. Str. 212, cena 35 fr.

Piśmiennictwo przelewania krwi narasta stale w ostatnich latach. Masson nie pozostał w tyle, wydając dziełko Tzancka wybitnego pracownika na tem polu. Tytuł obiecuje zbyt wiele. Badania lat ostatnich zwłaszcza sowieckie i amerykańskie nad konserwacją krwi nie zostały opracowane — tylko ostatni ustęp polemizuje z pracą Judina o przelewaniu krwi ze zwłok. T. zajmuje się wyłącznie „normalną" transfuzją krwi świeżej, powszechnie dziś przyjętą w lecznictwie. Poszczególne rozdziały omawiają jej podstawy biologiczne, wskazania, klinikę, wykonanie techniczne sposobami pośredniemi i bezpośredniemi, stosowanie w celach leczniczych poza skrwawieniem i przelewanie krwi uodpornionej. Wiele miejsca poświęca T. słusznie organizacji pracy, która dla praktycznego wykonania transfuzji ma kapitalne znaczenie i została postawiona we Francji na wysokim poziomie. Książka ma wiele zalet jako praca orjentująca ogół lekarski w aktualnych zagadnieniach, bez pretensji jednak do wyczerpującego ujęcia tematu.

K. Czyżewski (Drohobycz).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski otrzymał doc. dr. Gustaw Adolf S z u l c, dyrektor naczelny Państwowego Zakładu Higjeny za zasługi w służbie państwowej.

Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski otrzymali: dr. Józef J a k o w s k i w Warszawie za zasługi na polu pracy na rzecz Pożyczki Narodowej; dr. Jan L a n d a u, dyrektor szpitala w Krakowie za zasługi na polu pracy społecznej.

Złoty Krzyż Zasługi otrzymali: dr. Tadeusz F a l k i e w i c z, starszy ordynator VI Szpitala O. K. we Lwowie za zasługi w służbie państwowej; dr. Bolesław J ę d r a s z k o, lekarz powiatowy w Kutnie za zasługi na polu pracy na rzecz Pożyczki Narodowej; dr. Juljan Ł a p i ń s k i, ordynator szpitala w Olkuszu, dr. Bronisław Z i e l i ń s k i z Czerska i dr. Eugenjusz C z a y k o w s k i z Bydgoszczy za zasługi na polu pracy społecznej.

Lekarze w Radzie Regencyjnej Jugosławji. W skład Rady Regencyjnej ustanowionej przez zmarłego tragicznie króla Jugosławji, Aleksandra wchodzi dr. R a d e n k o S t a n k o v i ć, wielokrotny minister, prof. uniw. w Zagrzebiu, wybitny działacz jugosłowiański. Jednym z zastępców regentów wymienionym został w testamencie króla dr. P e t a r Z e c, senator.

Zmarli.

Dr. Józef W a l c z y ń s k i, emerytowany naczelny lekarz m. Tarnowa zmarł 9 listopada w wieku lat 78.

Dr. Z a o r s k i Bronisław, długoletni lekarz praktyczny w Busku, zmarł w Warszawie w wieku 73 lat.

Dr. B u r s c h e Emil, naczelny lekarz Szpitala Ewangelickiego, członek Rady Nadzorczej Spółki Wydawn. Lekarskiej w Warszawie, zmarł w wieku lat 64.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

P o s i e d z e n i e N a u k o w e T o w a r z y s t w a L e k a r s k i e g o W a r s z a w s k i e g o odbyło się we wtorek dn. 13 listopada 1934 r. Lorentowicz L. Ból w ginekologji. Podstawy anatomiczne i leczenie. — Titz J. Działanie ćwiczeń cielesnych na białkomocz. — Krasuski A. Zarys farmako-historyczny naparstnicy.

XXIV. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się w piątek dnia 9 listopada 1934. Kol. Rothfeld. Omówienie przyp. sekcyjnego guza mózgu. — Kol. Kwiatkowski. Scleroedema adultorum (Buschke), demonstr. Kol. Karczyński. Kwas mrówkowy w bodźcowem lecznictwie schorzeń gośćcowych (wykład).

XXV. posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się w piątek dnia 16 listopada 1934. Kol. Rencki R., Pokaz przypadku nerwiaka klatki piersiowej. — Kol. Allerhand. O Doktorze Mayo i jego poglądach na medycynę (wykład). — Kol. Mosing H. Rickettsiaemia Weigli (wykład).

Ogólnopolski Zjazd w sprawie regulacji urodzeń i reformy seksualnej. Z inicjatywy Krakowskiego „Towarzystwa Krzewienia Świadomego Macierzyństwa i Reformy Obyczajów" odbędzie się w Krakowie, dnia 25 listopada b. r. pod przewodnictwem Dra Tadeusza Żeleńskiego (Boy'a) Pierwszy Ogólnopolski Zjazd w sprawie regulacji urodzeń i reformy seksualnej. W zjeździe wezmą udział przedstawiciele wszystkich poradni Świadomego Macierzyństwa w Polsce i organizacyj, działających na polu reformy obyczajów. Zapowiedziane są referaty: Dr. J. Budzińskiej - Tylickiej (Warszawa), Dr. Z. Pinczewskiej (Łódź), Dr. W. Szaykowskiego (Białystok), Inż. T. Michejdy (Katowice), Dr. Z. Ślączkowej, Dr. T. Dyboskiego, Dr. J. Kirschnera, Dr. H. Szlapak, Dr. M. Sternbacha (Kraków).

Zjazd zakończy się uchwaleniem rezolucji, która sformułuje najważniejsze postulaty w sprawie regulacji urodzeń i ustawodawstwa seksualnego. Otwarcie Zjazdu odbędzie się w lokalu „Towarzystwa Krzewienia Świadomego Macierzyństwa" w Krakowie przy ul. Dunajewskiego L. 7. dnia 25 listopada b. r. o godz. 10-ej rano.

Różne.

Z kraju.

Fundacja hr. Potockiego. W dniu 28 września b. r. zmarł w Helenowie hr. Jakób Potocki, zapisując przed śmiercią cały majątek na cele dobroczynne. „Fundacja imienia Jakóba, hrabiego Potockiego" unormowana jest aktem fundacyjnym zawartym w testamencie z dnia 22 września 1934 r. i załączonym do niego statutem. Zapis obejmuje majątki ziemskie: Brzeżany (15.000 ha), Helenów (1.200 ha), Jaktorów (418 ha), Osieck (3950 ha), Wysokie Litewskie (1.000 ha), Telatycze (1470 ha), Pratulin (560 ha); pozatem dwa domy w Paryżu, oraz sumy z wierzytelności hipotecznych, należności z parcelacji i zaległe tenuty dzierżawne; ponadto urządzenia wewnętrzne domów i pałaców testatora w kraju i zagranicą poza przeznaczonemi dla Muzeum Narodowego i Bibljoteki Publicznej w Warszawie. Celem fundacji jest: 1) popieranie prac związanych z rozwojem wiedzy i lecznictwa w dziedzinie walki z gruźlicą i nowotworami, oraz 2) popieranie walki z innemi chorobami bez uszczerbku wszakże dla zadań wskazanych pod 1). Realizacja tego celu dokonywać się będzie przez udzielanie zasiłku na budowę zakładów badawczych, leczniczych i zapobiegawczych; urządzanie laboratorjów; kupno potrzebnych aparatów; zasiłki na pracownie naukowo-doświadczalne, bibljoteki fachowe i wydawnictwa, kursy dla pracujących naukowo lekarzy, kliniki doświadczalne, stypendja krajowe i zagraniczne, prowadzenie studjów teoretycznych i praktycznych w kraju lub zagranicą, pomoc osobom poświęcającym się walce z gruźlicą, nowotworami i innemi chorobami groźnie szerzącemi się w Polsce, szczególnie niebezpiecznemi dla ludzkości; nagrody za prace naukowe i inne sposoby prowadzenia w tym zakresie akcji badawczo-leczniczej. Zwierzchni zarząd fundacją sprawuje Rada Fundacyjna, złożona z prezesa mianowanego przez Ministra odnośnego resortu, oraz przedstawicieli świata medycznego i naukowego w Polsce. (Gaz. Pol. 7. XI. 1934.).

W dniu 30. IX. 1933. było zarejestrowanych w Polsce 172.859 inwalidów wojennych i wojskowych. Z nich 2482 wykazywało 85—100% stopień utraty zdolności do pracy, 27432 wykazywało 45—84%, reszta poniżej 45%. Największa ilość inwalidów przebywa w województwie poznańskiem (34,443), dalej w lwowskiem, krakowskiem i śląskiem (po około 20.000), najmniejsza w poleskiem (1907). (Wiad. Statyst. 31.1934).

Francja.

Echa lekarskie zamachu na króla Aleksandra. Śmierć króla Aleksandra była natychmiastowa. Natomiast kwestją omawianą w literaturze lekarskiej jest śmierć min. Barthou. Postrzał rewolwerowy strzaskał kość ramieniową uszkadzając tętnicę ramieniową. Dostarczenie min. Barthou do najbliższego szpitala trwało 40 min.; 20 min. przejazd, zaś 20 min. od chwili dostarczenia do szpitala do rozpoczęcia operacji. Zabieg polegał na podwiązaniu naczyń, oczyszczeniu rany i przelewie krwi spowodu skrwawienia. Ogólnie zwraca się uwagę na wielkie braki organizacyjne tak w organizacji pierwszej pomocy jak i w służbie szpitalnej, która wymagała aż 40 min. dla wykonania zabiegu ratującego życie.

Niemcy.

Rząd niemiecki ograniczył reklamowanie środków antykoncepcyjnych.

W Turyngji stworzono specjalne osiedle p. n. Germanenhof, w którem na jednorodzinnych gospodarstwach osadzilo się 16 małżeństw, będących bez zarzutu z punktu widzenia nauki o dziedziczności. Każde małżeństwo zobowiązuje się spłodzić w ciągu 10 lat przynajmniej czworo dzieci, przyczem tylko potomstwo zdrowe dziedzicznie będzie się liczyło. Kandydaci, którzy tym zobowiązaniom nie podołają lub ich nie wypełnią, zostaną usunięci z osiedla do 3 miesięcy.

Szwecja.

Śmiertelność na gruźlicę w Szwecji według danych urzędowych wynosiła: Od r. 1891—98 — 282 na 100.000; od r. 1918—20 199 na 100.000; od r. 1921—26 — 159 na 100.000; od r. 1926—1930 137 na 100.000; w r. 1932 śmiertelność ogólna wyniosła 119 a śmiertelność na gruźlicę 88.

Rząd szwedzki zamierza zmonopolizować sprzedaż środków farmaceutycznych.

Hiszpanja.

Roczna nagroda w wysokości 18.500 pezetów ustanowiona została za badania nad rakiem w Hiszpanji przez wdowę po prof. ginekologji Sebastjanie Recasen.

Komunikaty.

Minist. Opieki Społecznej wydało okólnik w sprawie statutu przychodni przeciwweneryczych, który podaje dokładny schemat organizacji przychodni, obowiązków personelu, urządzenia wewnętrznego, rachunkowości i sposobów przedkładania sprawozdań.

Redakcja otrzymała:

Zbiór prac z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. pod kierunkiem prof. dr. *St. Ciechanowskiego.*

De Fourmestraux. Histoire de la chirurgie française. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1934.

P. Brocq et G. Miginiac. Chirurgie du pancréas. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1934.

R. E. Liesegang. Strahlentherapie in kolloidchemischer Betrachtung. Wyd. T. Steinkopff. Drezno i Lipsk 1934.

E. Boden. Elektrokardiographie f. die ärztliche Praxis. B. XIV. Wyd. T. Steinkopff. Drezno i Lipsk 1934.

K. F. Wenckebach: Herz — und Kreislauf-Insuffizienz. Medizinische Praxis. B. XII. Wyd. T. Steinkopff. Drezno i Lipsk 1934.

V. Mikulowsky. Syphilis cardio-vasculaire avec hémiplégie chez un enfant de 3 ans. Odb. z „Arch. des malad. du coeur". 1934.

B. Światłowski. Przyczynek do zamknięcia przetoki potracheotomijnej. Odb. z „Pol. Przegl. Oto-laryng.". T. X. Z. 2.

B. Światłowski. Ein Fall von Fistula colli mediana congenita. Odb. z „Monatschr. f. Ohrenhlk. u. Laryng.-Rhinol.". H. 9. 1934.

L. Regmunt-Sobieszczański. Niedostateczność oddechowa a gruźlica. Odb. z „Gruźlica". Nr. 3. 1934.

E. Sergent: Traité élementaire d'exploration clinique médicale. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1934.

Morel-Kahn: L'année électro-radiologique. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1934.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.